

00662



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración
Facultad de Contaduría y Administración

Examen General de Conocimientos Caso Práctico

“Control Total de Calidad y Satisfacción del Paciente
en el Primer Nivel de Atención del ISSSTE”

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración de la
Atención Médica y de Hospitales**

Presenta: José Luis Zarur Aguilar

Tutor: Jorge Ruiz de Esparza

México, D.F.

Marzo de

2004



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.

INDICE

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO
3. JUSTIFICACION
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
5. OBJETIVOS
6. HIPOTESIS
7. METODOLOGIA
 - 7.1 Tipo de Investigación
 - 7.2 Diseño de Investigación
 - 7.3 Modelo matemático
 - 7.3.1 Variables
 - 7.3.2 Población
 - 7.3.3 Muestreo
 - 7.3.4 Instrumento
 - 7.3.5 Procesamiento de datos
8. RESULTADOS
9. DISCUSION
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFIA
12. ANEXOS

1. INTRODUCCION

El control total de calidad (CTC) es un concepto que nació en los Estados Unidos y que posteriormente fue implementado por Japón con el nombre de control de calidad en toda la empresa.

El CTC puede definirse como "un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y mejoramiento de calidad realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes".

El "control total de calidad" o "control de calidad en toda la empresa" significa simplemente que todo individuo en cada división de la empresa deberá estudiar, practicar y participar en el control de calidad.

El control total de calidad debe llevarse a cabo en todas las empresas y las instituciones de Salud como empresas que brindan servicios, no están al margen de esto último.

Por otra parte, es sabido que la calidad de los servicios que prestan las instituciones del Sector Salud es muy diversa y, va desde una excelente calidad de servicios hasta una mala calidad de los mismos. Esta diferencia en la calidad de la atención podría considerarse, probablemente un desconocimiento parcial o total de lo que es el CTC y esto, podría explicar al menos en parte, el porqué existen diferencias marcadas en el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa en las instituciones que brindan servicios de atención para la salud.

Los objetivos de este estudio fueron describir tanto el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE, como el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención, así como las variables que más influyen en esto último.

Las hipótesis de este trabajo son que el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE es bajo y, está asociado, al grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de dicho nivel de atención.

El estudio se realizó entre diversas categorías del personal que labora en una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, agentes de información, vigilantes y personal de intendencia) y entre los pacientes que acuden a la consulta externa de dicha clínica, a los cuales se les aplicó un cuestionario diseñado especialmente para ello, posteriormente se realizó el procesamiento de los datos para obtener los resultados y conclusiones de la investigación.

2. ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

El Control de Calidad nació en los Estados Unidos. En los años veinte, el Dr. W. A. Shewhart, ingeniero americano, inventó el control de calidad estadístico, el cual fue adoptado completamente por Japón después de la Segunda Guerra Mundial (1).

Posteriormente, el concepto de CONTROL TOTAL DE CALIDAD fue originado por el Dr. Armand V. Feigenbaum, quien en los años cincuenta fue gerente de control de calidad y gerente de operaciones fabriles y control de calidad de la General Electric en Nueva York (2).

Según Feigenbaum, el Control Total de Calidad (CTC) puede definirse como "un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y mejoramiento de calidad realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes".

Temiendo que la calidad, tarea de todos en una empresa, se convirtiera en tarea de nadie, Feigenbaum sugirió que el CTC estuviera respaldado por una función gerencial bien organizada, cuya única área de especialización fuera la calidad de los productos y cuya única área de operaciones fuera el control de calidad. Feigenbaum siempre abogó porque el CTC estuviera en manos de especialistas (2).

Existe también la modalidad japonesa del CTC, la cual fue implementada desde 1949 y es diferente de la del Dr. Feigenbaum. Los japoneses han insistido en que todas las divisiones y todos los empleados deben participar en el estudio y la promoción del Control de Calidad (CC) y que este no sea exclusivo de los especialistas del CC. A esta modalidad japonesa se le ha llamado CONTROL TOTAL DE CALIDAD AL ESTILO JAPONES para diferenciarla de la del Dr. Feigenbaum, pero como es un nombre muy largo, los japoneses han acordado utilizar el término CONTROL DE CALIDAD EN TODA LA EMPRESA para designar la modalidad japonesa (2).

El "control total de calidad" o "control de calidad en toda la empresa" significa simplemente que todo individuo en cada división de la empresa deberá estudiar, practicar y participar en el control de calidad.

Actualmente a medida que crece la reputación del CTC, el control total de calidad se ha estado implementando por diversos tipos de empresas. El término CTC significa calidad y este se extiende a la calidad del trabajo en todos los sectores, incluyendo a las empresas de servicios, en las cuales la garantía de calidad significa asegurar el otorgamiento de ésta en los servicios prestados (1).

La calidad de los servicios incluye a la calidad de la atención médica, la cual puede definirse como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes (3).

La calidad de la atención puede evaluarse mediante tres enfoques importantes: evaluación de la estructura, evaluación del proceso y evaluación del resultado.

Por estructura se entiende las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan (recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica).

Por proceso podemos entender una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales de la salud y pacientes. Un juicio acerca de la calidad de dicho enfoque puede hacerse mediante la observación directa o a través de revisión de información registrada.

Por resultado se entiende un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, incluyendo el mejoramiento de la función social y psicológica, actitudes del paciente (entre ellas la satisfacción), conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud, todo lo cual puede ser atribuido al antecedente de la atención médica (3).

Los tres enfoques mencionados han sido considerados por varios autores:

Sheps en 1955, quien describe por primera vez la evaluación de la calidad (4).

Dror en 1968, plantea a la estructura como un "insumo", al proceso como un "producto nominal" y al resultado como un "producto real" (5).

De Geyndt en 1970, ofrece una alternativa para los tres enfoques e ilustra la influencia que tienen sobre la formulación, al mismo tiempo que hace hincapié en la importancia de la diferencia entre análisis de individuos y análisis de comunidades. Divide a los tres enfoques de estructura - proceso - resultado en una secuencia más detallada de cinco enfoques: estructura - contenido - proceso - resultado - impacto (6).

Williamson en 1978, formula que el proceso y el resultado no son fáciles de distinguir, sugiere que el proceso de atención es una sucesión de eventos eslabonados causalmente (7).

Doll en 1974, propone un esquema para evaluar y monitorear la eficacia de las políticas y prácticas de salud. Propone que este campo tiene tres aspectos: eficacia médica, aceptabilidad social y eficiencia económica. Cada uno de ellos puede ser monitoreado en términos del resultado alcanzado o del proceso mediante el cual se llegó al resultado; la estructura se incluye como parte del proceso (8).

Freeborn y Greenlick en 1973, proponen una clasificación completa de los métodos para evaluar el desempeño de sistemas de atención ambulatoria. Mencionan dos subdivisiones importantes: evaluación de la efectividad (la cual se subdivide en dos: efectividad técnica y efectividad psicosocial) y evaluación de la eficiencia.

Ellos dividen los tres principales enfoques en cinco clases: la estructura en física y organizacional, el proceso como actividades y como puntos finales de procedimiento y el resultado como satisfacción del paciente y satisfacción del proveedor (9).

La calidad de la atención que forma parte del Control Total de Calidad es una necesidad que en la actualidad asume un papel de creciente importancia y complejidad.

Donabedian afirma que la garantía de calidad no es un lujo, sino que está incluida en un compromiso y obligación para con la sociedad. Existen dos maneras de definir la garantía de la calidad, una que incluye todas las actividades que significan asegurar, mantener y promover la calidad de la atención, y otra que incluye solo aquellas actividades que periódica y continuamente revisan las condiciones bajo las cuales la salud es ofrecida, monitoreada y evaluada (10).

Si bien no existen reportes sobre la aplicación integral del CTC en instituciones de salud, en el campo de la calidad de la atención existen estudios en diversos países del mundo que nos presentan diferentes enfoques como el de garantía de la calidad y evaluación de la calidad.

En los Países Bajos (Holanda) se ha establecido un programa de garantía de calidad de la atención médica desde 1979, el cual ha sido copiado por países europeos y algunos asiáticos (11). Este programa se basa en algunos de los siguientes principios:

- La garantía de la calidad debe estar en manos de profesionales.
- Las metas del programa deben ser formuladas inequívocamente como parte del mejoramiento de todos los aspectos de la calidad de los servicios.
- El programa debe contener incentivos positivos y remuneraciones, y el menor número posible de sanciones.
- La garantía de calidad por profesionales no debe consumir demasiado tiempo.

En los Estados Unidos las actividades destinadas a evaluar y garantizar la calidad de los servicios prestados por los hospitales, pueden describirse en términos de cuatro programas específicos:

- Programas de garantía de calidad
- Programas de Revisión de la utilización
- Programas de manejo de riesgos
- Programas de relaciones con pacientes y visitantes

La garantía de calidad se sustenta además en el control estricto de licencias y permisos para practicar las profesiones de la salud, con participación de instancias estatales y federales y en un amplio sistema de demandas por negligencia o descuido profesional (12).

Con relación a la evaluación de la calidad, existen en México diversos ensayos, uno de ellos descrito por Schlaepfer e Infante (13), el cual abarca la descripción de los postulados conceptuales en los que se han basado las diferentes formas de medir la salud, sus estrategias, así como algunas de sus limitaciones. Se incluyen cinco grandes rubros, a saber:

- Indicadores de daño
- Indicadores para describir el perfil de salud de una comunidad
- Indicadores sociomédicos
- Indicadores de salud positiva
- Índices generales de salud

Otro de los trabajos realizados en nuestro país (14), presenta una metodología para evaluar la calidad de los servicios que otorgan las instituciones de salud, con base en los procedimientos realizados y experiencias del sector salud.

Un estudio realizado en el IMSS referente a la evaluación de la calidad de la atención considera las expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas del D.F. y del interior del país de dicha institución, encontrándose que la mayor insatisfacción de los pacientes se relacionó con la información médica, la relación médico-paciente y con la alimentación. Por otra parte, los trabajadores presentaron mayor insatisfacción por el bajo salario, condiciones de planta física, y bajo apoyo tanto a nivel institucional como de su jefe inmediato superior (15).

Existen otras investigaciones en nuestro medio relacionadas con la evaluación de la calidad, como el estudio de la calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria (16) y un estudio realizado en Oaxaca, México acerca de la calidad de la relación pedagógica médico-paciente en la consulta externa (17).

En cuanto a la garantía de la calidad, existen diversas investigaciones realizadas en México, dentro de las cuales podemos mencionar las siguientes:

La mejoría de la calidad de los servicios médicos del departamento del Distrito Federal mediante el reforzamiento de la red de servicios y con la creación de la Unidad Departamental de Investigación de Servicios de Salud, la cual tiene como una de sus tareas la creación de conciencia por la calidad a través de círculos de compromiso, los cuales se constituirán como comités de garantía de calidad (18).

El programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención a través de la implantación de los círculos de calidad (19), y el programa de la unidad de garantía de calidad como estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica (20).

Otro estudio es el realizado en el Instituto Nacional de Perinatología en el cual se ha implantado un programa mediante los círculos de calidad, destacándose efectos en la estructura organizacional, optimización de recursos, proceso de la atención y satisfacción de los pacientes (21).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se ha trabajado en el concepto de calidad de la atención desde 1990, desarrollándose un sistema de quejas y sugerencias y encuestas de opinión sobre los servicios de consulta externa y hospitalización.

3. JUSTIFICACION

El Control Total de Calidad debe llevarse a cabo en todas las empresas, y las instituciones de Salud como empresas que brindan servicios no están al margen de esto último.

Por otra parte, es sabido que la calidad de los servicios que prestan las instituciones del Sector Salud es muy diversa y, va desde una excelente calidad de servicios hasta una mala calidad de los mismos. Esta diferencia en la calidad de la atención podría considerarse, probablemente un desconocimiento parcial o total de lo que es el CTC, y esto, podría explicar al menos en parte, el porqué existen diferencias marcadas en el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de las instituciones que brindan servicios de atención para la salud.

Estas diferencias de atención de las instituciones del Sector Salud, parecen ser muy evidentes y esto último, podría sugerir que el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa está relacionado con el conocimiento que sobre el CTC tiene el personal que labora en las instituciones de salud, motivo por el cual se pensó en describir el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE y observar si existía asociación con el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a solicitar los servicios de la consulta externa en una clínica de primer nivel de atención de dicha institución.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo anterior, se plantearon las siguientes interrogantes:

a. ¿Cual es el nivel de conocimientos que sobre el Control Total de Calidad (CTC) tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE ?

b. ¿Cuál es el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE ?

c. ¿ Existe una asociación entre el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE, y el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención de dicha institución?

5. OBJETIVOS

a. Describir el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE.

b. Describir el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE.

c. Conocer si existe asociación entre el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE y el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención.

d. Conocer las variables que más influyen en el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención.

6. HIPOTESIS

a. El nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE es igual o menor al 30%.

b. El grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel del atención del ISSSTE es igual o menor al 30%.

c. Existe una asociación directamente proporcional entre el nivel de conocimientos que sobre el CTC tiene el personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE y el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención.

d. La variable que tiene más influencia en el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención es la que corresponde a los tiempos de espera.

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudio

a. De acuerdo con el periodo en que se capta la información, el estudio es:

* Prospectivo, debido a que es una investigación en la que toda la información se recoge de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de esta.

b. De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio es:

* Transversal, debido a que es una investigación en la cual se mide una sola vez las variables, sin pretender evaluar su evolución.

c. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es:

* Observacional, debido a que es una investigación en la cual se describe o mide el fenómeno estudiado, sin modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso (22).

7.2 Diseño de estudio

Se trató de un estudio Pre-experimental en la cual solo se realizó una medición, es decir solamente se entrevistó una ocasión a los pacientes que acudieron a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE para que contestaran el cuestionario y de esa forma conocer su grado de satisfacción, y una ocasión a los trabajadores que laboran en dicho nivel de atención para que contestaran el cuestionario respectivo y de esa forma conocer su nivel de conocimientos sobre el CTC.

7.3 Modelo matemático

7.3.1 Variables

a. Basales:

- Nivel de conocimientos sobre el CTC del personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE.

b. Resultado:

- Grado de satisfacción de los pacientes que acudan a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE.

* Operacionalización:

El nivel de conocimientos sobre el CTC del personal que labora en el primer nivel de atención del ISSSTE, se midió mediante la aplicación del cuestionario que se diseñó para tal efecto (anexo 1). Dicho cuestionario está hecho a base de afirmaciones de las cuales previamente se conoce su respuesta; a cada una de estas respuestas se le asignó un puntaje que va de 0 a 2, el cual dependerá de lo cerca que esté la respuesta de la afirmación planteada, la calificación de dos, corresponderá a la mejor respuesta y la calificación de cero a la peor respuesta (incluyendo la opción No sé) con respecto a la afirmación que se contestó. La calificación total sumará un 100%

El grado de satisfacción de los pacientes que acudieron a la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE, se midió mediante la aplicación del cuestionario diseñado para ello (anexo 2). El instrumento fue hecho a base de preguntas con tres opciones de respuesta para cada una de ellas; a cada una de las respuestas se le asignó un puntaje que va de 0 a 2; la calificación de dos, correspondió a la respuesta "frecuentemente"; la calificación de uno, a la respuesta "ocasionalmente" y la calificación de cero, correspondió a la respuesta "nunca", (excepto en las preguntas Nos. 10-12 en las que la respuesta "frecuentemente" correspondió a la calificación de cero y la respuesta "nunca" correspondió a la calificación de dos). La calificación total sumó un 100%

* Escala:

La escala de medición de las variables es de tipo ordinal, debido a que es una escala en la cual se determina la pertenencia de las unidades a categorías. Se considera que existe un grado de intensidad de la propiedad medida, por lo que las categorías guardan un orden. Por lo general se utilizan números para identificar las clases, tomando en cuenta el orden usual que se les ha asignado (22).

7.3.2 Población

La población en estudio fueron los trabajadores que laboran en el primer nivel de atención del ISSSTE y que están en contacto directo con los pacientes, específicamente:

- Personal Médico
- Personal de enfermería
- Personal administrativo: trabajadoras sociales, agentes de información y vigilantes
- Personal de intendencia: afanadores

* Criterios de inclusión:

- a. Personal que labore en el primer nivel de atención del ISSSTE y que correspondiera a las categorías antes mencionadas, sin importar edad o sexo.
- b. Pacientes subsecuentes que acudieron a solicitar los servicios de la consulta externa de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE sin importar edad, sexo o diagnóstico.

* Criterios de exclusión

- a. Personal que labore en el primer nivel de atención del ISSSTE y que correspondieran a las categorías antes mencionadas que no contestara el cuestionario totalmente.

b. Pacientes que acudieron a la consulta externa de la clínica de primer nivel de atención del ISSSTE que no contestaran el cuestionario totalmente.

7.3.3 Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue:

a. Muestreo aleatorio simple:

Este tipo de muestreo se utilizó para obtener la muestra representativa de los pacientes que acudieron a la consulta externa del primer nivel de atención del ISSSTE, así como para obtener la muestra representativa de los trabajadores que laboran en dicho nivel de atención, debido a que es aquel en el que todas las unidades (pacientes y trabajadores), tienen la misma oportunidad de quedar incluidas en la muestra. Para esto se utilizó tablas de números aleatorios o cualquier otro método similar (23-26).

* Tamaño de muestra:

El tamaño de la muestra fue de 96 trabajadores y de 100 pacientes. Este tamaño de muestra se obtuvo mediante el empleo de un paquete estadístico (EPIINFO-5. Versión 5.0).

El personal se seleccionó de forma aleatoria, conociendo el número total de trabajadores de la plantilla de la clínica (n=172), se obtuvo el porcentaje de las categorías seleccionadas que están en contacto directo con los pacientes de acuerdo con el número total de trabajadores de cada una de ellas: personal médico, de enfermería, trabajadoras sociales, agentes de información, vigilantes y personal de intendencia; posteriormente, se obtuvo la "n" para cada una de las mismas:

| | |
|-----------------------------|----|
| 1. Personal médico: | 38 |
| 2. Personal de enfermería: | 36 |
| 3. Trabajo Social: | 03 |
| 4. Personal Administrativo: | 05 |
| 5. Personal de vigilancia: | 04 |
| 6. Personal de Intendencia: | 10 |

Para evitar sesgos en la aplicación de los cuestionarios a los pacientes, se consideraron todos los consultorios del turno matutino y vespertino; la asignación de cada uno de ellos para los días de la semana, fue de acuerdo a las siguientes tablas:

Rol de consultorios del primer nivel de atención para la aplicación de cuestionarios a pacientes (turno matutino)

| Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes |
|-------|--------|--------|--------|---------|
| 04 | 05 | 14 | 09 | 11 |
| 13 | 24 | 16 | 15 | 20 |
| 21 | 03 | 10 | 19 | 22 |
| 18 | 12 | 01 | 17 | 08 |
| 23 | 07 | 02 | 06 | 04 |

Rol de consultorios del primer nivel de atención para la aplicación de cuestionarios a pacientes (turno vespertino)

| Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes |
|-------|--------|--------|--------|---------|
| 02 | 07 | 09 | 14 | 08 |
| 12 | 10 | 05 | 21 | 04 |
| 16 | 01 | 18 | 17 | 13 |
| 15 | 11 | 03 | 19 | 22 |
| 24 | 23 | 06 | 20 | 02 |

Posteriormente, previo conocimiento del número de fichas para consulta otorgadas en cada consultorio, la selección de los pacientes fue al azar, empleando una tabla de números aleatorios y aplicando dos cuestionarios por cada uno de los consultorios en ambos turnos, como se muestra en las siguientes tablas:

Aplicación de cuestionarios a pacientes de acuerdo al número de ficha y rol de consultorio (turno matutino)

| Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes |
|-------|--------|--------|--------|---------|
| 07-18 | 16-06 | 09-13 | 16-11 | 15-20 |
| 16-03 | 16-10 | 19-13 | 11-15 | 20-18 |
| 09-12 | 14-10 | 05-04 | 16-01 | 18-17 |
| 16-13 | 15-11 | 03-04 | 10-12 | 14-03 |
| 08-01 | 09-19 | 14-01 | 05-04 | 07-18 |

Aplicación de cuestionarios a pacientes de acuerdo al número de ficha y rol de consultorio (turno vespertino)

| Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes |
|-------|--------|--------|--------|---------|
| 04-05 | 09-18 | 19-09 | 19-04 | 05-14 |
| 09-11 | 13-16 | 11-15 | 20-16 | 03-16 |
| 10-19 | 13-11 | 15-20 | 18-09 | 12-14 |
| 10-05 | 04-16 | 01-18 | 17-16 | 13-15 |
| 15-11 | 03-04 | 10-12 | 14-03 | 04-05 |

7.3.4 Instrumento

Los instrumentos diseñados para captar la información en este estudio fueron dos cuestionarios.

7.3.5 Procesamiento de datos

Se realizó el análisis de los datos utilizando estadística descriptiva y gráficas de barras.

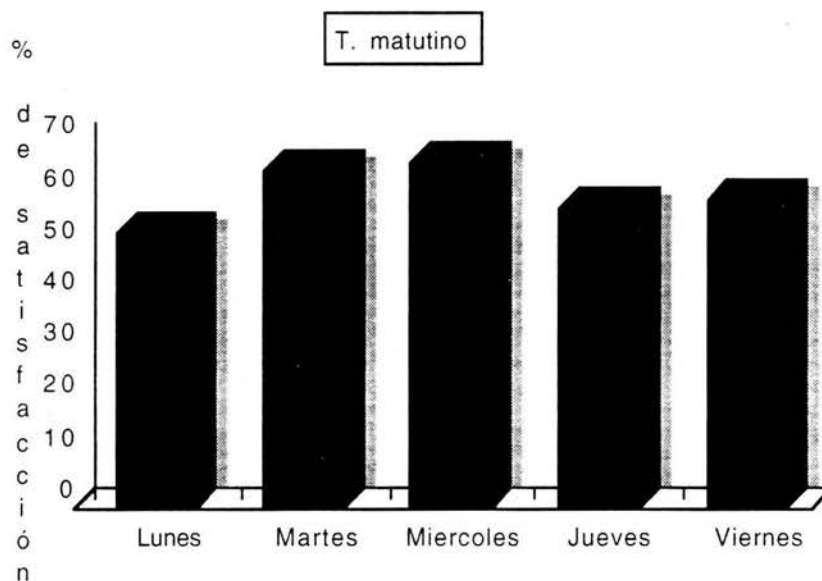
8. RESULTADOS

Con relación a la satisfacción de los usuarios, se analizaron las encuestas de los 50 pacientes que acudieron a la consulta externa del turno matutino de una clínica de primer nivel de atención del ISSSTE, encontrando que la satisfacción de los mismos fue menor en los días extremos de la semana y mayor a la mitad de la misma (tabla y gráfica 1).

Tabla 1
Encuestas / Satisfacción del Usuario (turno matutino)
(por día y expresado en %)

| Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 42,30 | 69,23 | 38,46 | 34,61 | 65,38 |
| 73,07 | 61,53 | 75,92 | 84,61 | 46,15 |
| 76,92 | 57,69 | 80,76 | 88,46 | 84,61 |
| 76,92 | 42,30 | 50,00 | 26,92 | 84,61 |
| 23,07 | 92,30 | 38,46 | 76,92 | 38,46 |
| 50,00 | 61,53 | 92,30 | 50,00 | 88,46 |
| 50,00 | 69,23 | 57,69 | 53,84 | 42,30 |
| 42,30 | 84,61 | 69,23 | 30,76 | 73,07 |
| 38,46 | 76,92 | 84,61 | 76,92 | 19,23 |
| 57,69 | 38,46 | 80,76 | 53,84 | 53,84 |
| 53,07 | 65,38 | 66,91 | 57,68 | 59,61 |

Gráfica No.1 % de Satisfacción del usuario del turno matutino



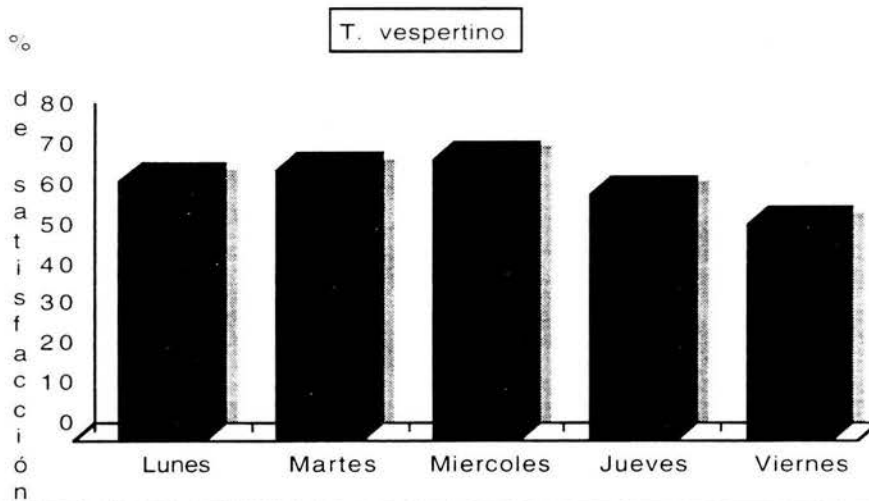
Al analizar las encuestas de los 50 pacientes restantes que acudieron a la consulta externa del turno vespertino de la misma clínica, se encontró que la satisfacción de los mismos fue parecida a la observada en los pacientes del turno matutino, siendo también mayor a la mitad de la semana; aunque se nota una mayor satisfacción de los pacientes que acuden a solicitar los servicios médicos por la tarde (tabla y gráfica 2).

Tabla 2

Encuestas / Satisfacción del Usuario (turno vespertino)
(por día y expresado en %)

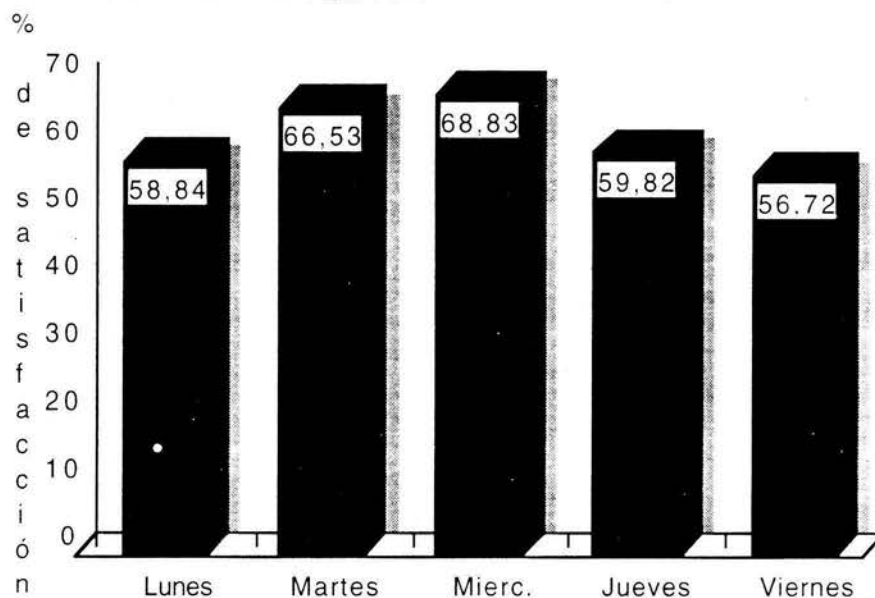
| Lunes | Martes | Mierc. | Jueves | Viernes |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 69,23 | 69,23 | 88,46 | 88,96 | 38,46 |
| 88,46 | 80,76 | 42,30 | 53,84 | 46,15 |
| 65,38 | 73,07 | 80,76 | 73,07 | 80,76 |
| 53,84 | 73,07 | 73,07 | 80,76 | 42,30 |
| 42,30 | 61,53 | 42,30 | 38,46 | 57,69 |
| 46,15 | 65,38 | 65,38 | 76,92 | 57,69 |
| 46,15 | 50,00 | 100,0 | 53,84 | 73,07 |
| 73,07 | 73,07 | 65,38 | 65,38 | 50,00 |
| 92,30 | 69,23 | 80,76 | 38,46 | 26,92 |
| 69,23 | 61,53 | 69,23 | 50,00 | 65,38 |
| 64,61 | 67,68 | 70,76 | 61,96 | 53,84 |

Gráfica No.2 % de Satisfacción del usuario del turno vespertino



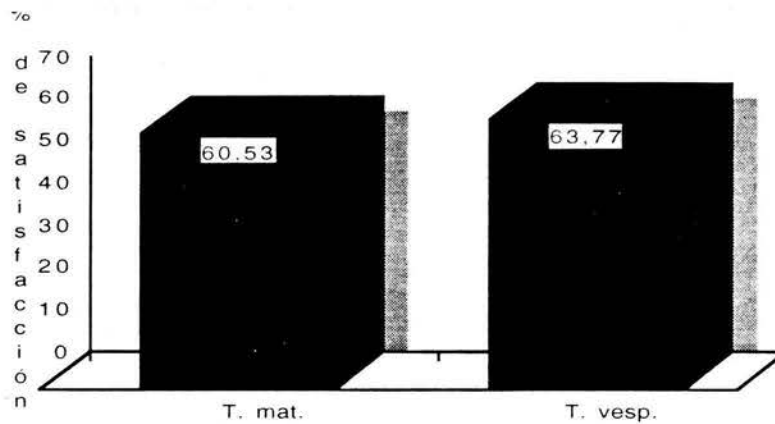
Al obtener el promedio del grado de satisfacción de los pacientes tanto del turno matutino como del vespertino, es evidente que es menor en los días extremos de la semana (lunes y viernes), y mayor a la mitad de la misma; describiendo una especie de “campana de Gauss” (gráfica 3).

Gráfica No.3 % de Satisfacción del usuario del turno matutino y vespertino (promedio)



Al obtener la gráfica de la satisfacción total semanal del turno matutino y vespertino se nota cierta evidencia de que la satisfacción de los pacientes que acuden a la consulta externa por la mañana, es menor que los que acuden por la tarde (gráfica 4).

Gráfica No.4 % de Satisfacción total semanal del usuario del turno matutino y vespertino (promedio)

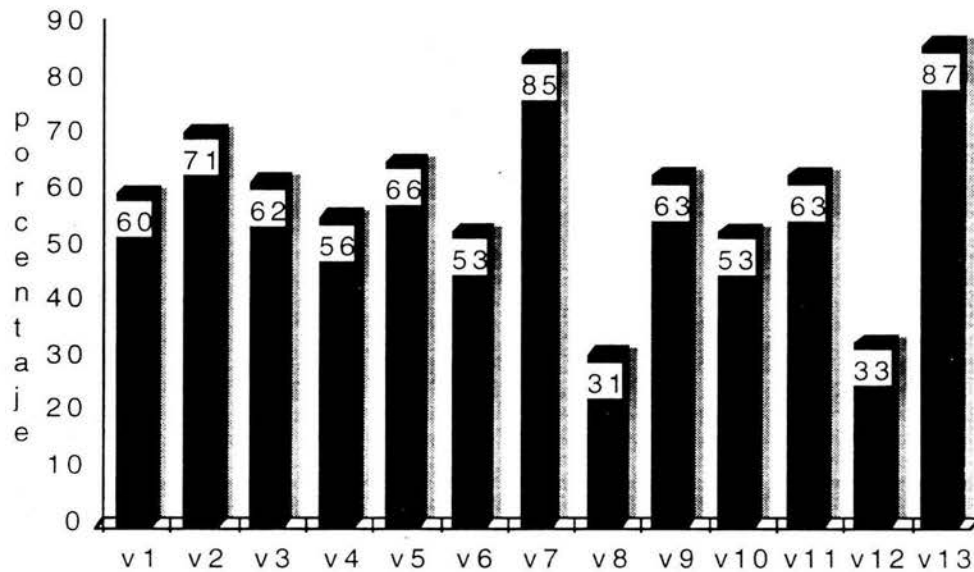


A continuación se enlistan las 13 variables estudiadas y posteriormente se indicarán los resultados obtenidos por las mismas:

1. Encuentra Usted que el personal de esta clínica le ha atendido en forma oportuna y amable
2. Considera que el personal de esta clínica es competente
3. Considera Usted que debido a la atención que recibe en esta clínica, existe una evolución favorable en su enfermedad
4. Considera que su médico le dedica el tiempo necesario y se preocupa por Usted
5. Tiene Usted confianza en su médico
6. Usted ha sido informado(a) satisfactoriamente acerca de su padecimiento
7. Comprende Usted las instrucciones y tratamiento que le indica su médico
8. Cree Usted que el tiempo de espera es razonable
9. ¿Cómo considera Usted a las instalaciones y equipo para otorgar la atención médica en esta clínica?
10. Usted ha tenido que quejarse de la atención otorgada en esta clínica
11. Usted ha pedido cambiar de médico en esta clínica
12. Usted acude a otros servicios médicos para evitar venir a esta clínica
13. Usted lleva a cabo las indicaciones y tratamiento que le indica su médico en esta clínica

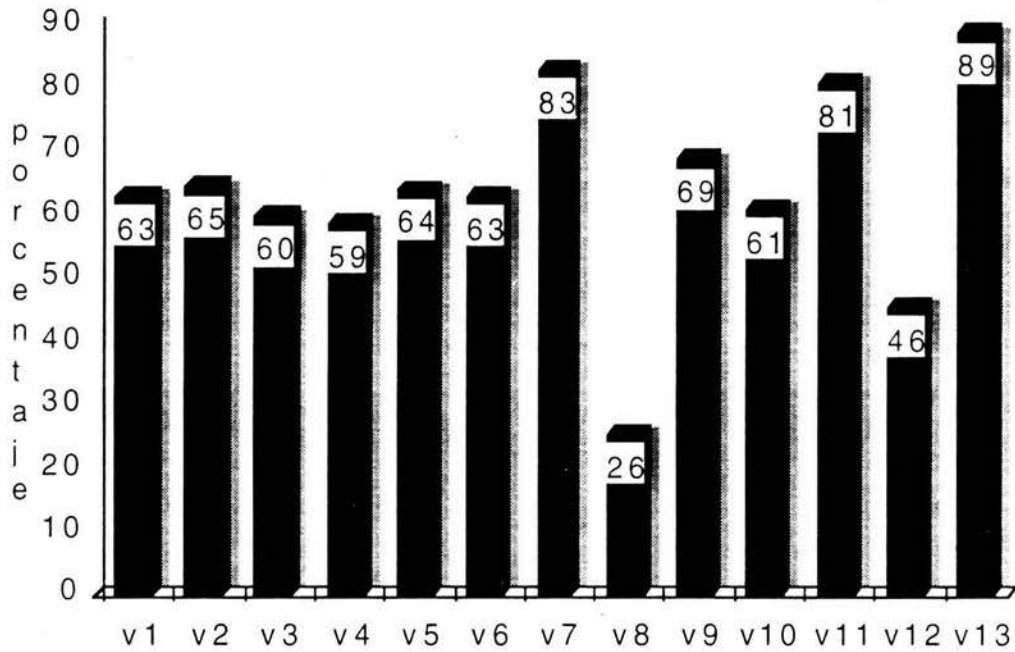
Al realizar el análisis por turno de las 13 variables estudiadas, se encontró que la mejor calificación en el turno matutino la obtuvo la número 13, seguida muy de cerca por la variable número siete; las calificaciones más bajas, se reflejaron en las variables ocho y 12, respectivamente (gráfica 5).

Gráfica No.5 % de calificación obtenida por cada una de las variables (T.M.)



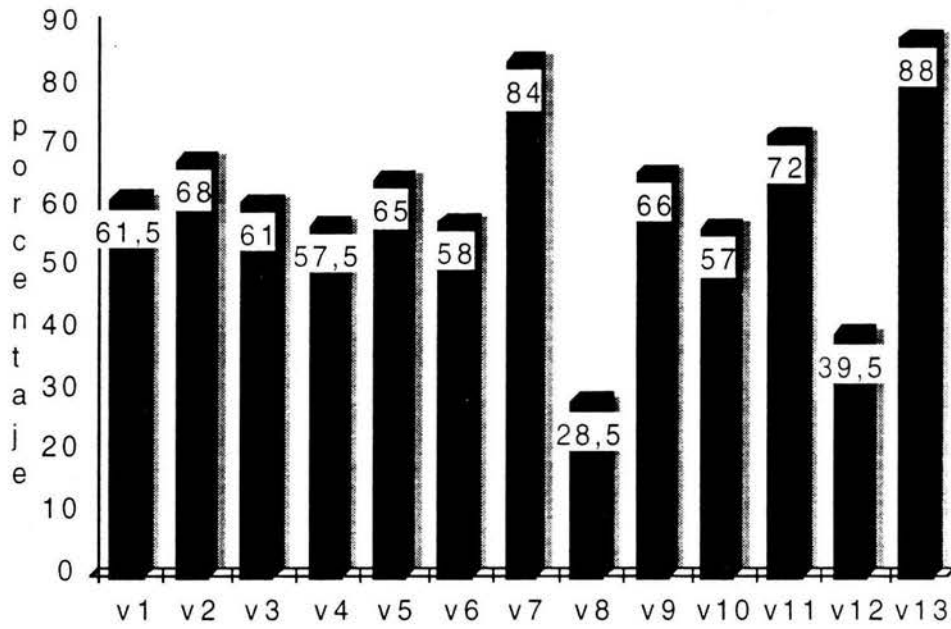
Con relación al análisis de la calificación obtenida por las 13 variables estudiadas en el turno vespertino, los resultados muestran un comportamiento similar al presentado en el turno de la mañana, ya que nuevamente las variables 13 y siete, fueron las que obtuvieron las calificaciones más altas y nuevamente las variables ocho y 12 las que presentaron los valores más bajos; siendo la número ocho, aun más representativa en este turno (gráfica 6).

Gráfica No.6 % de calificación obtenida por cada una de las variables (T.V.)



Al obtener la gráfica del promedio total por variable del turno matutino y vespertino, los resultados no presentan variación alguna con respecto a los obtenidos por cada turno de manera individual (gráfica 7).

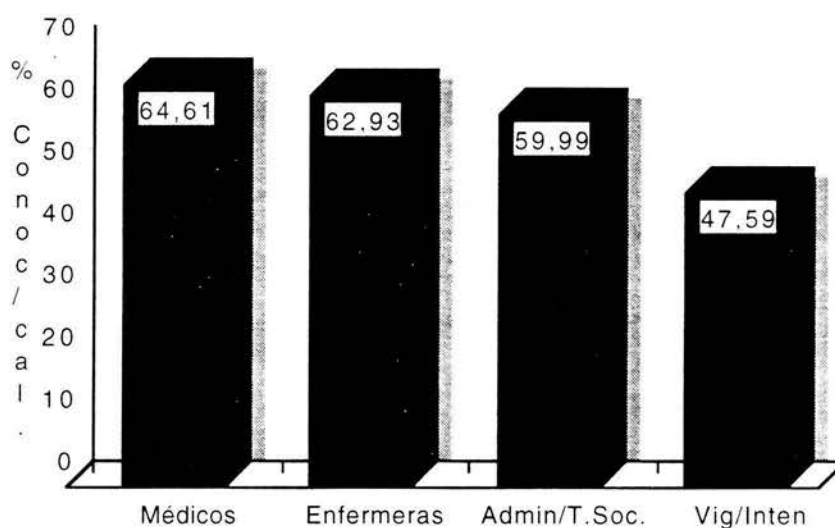
Gráfica No.7 % de calificación obtenida en promedio por cada una de las variables en los dos turnos



Es importante hacer notar que calificación total obtenida correspondiente al grado de satisfacción de los 100 usuarios que acudieron a la consulta externa de la clínica de primer nivel del ISSSTE fue de **61.99**.

Con relación a los conocimientos que sobre calidad tiene el personal que se encuentra en contacto directo con los pacientes, se analizaron las encuestas realizadas a 55 trabajadores del turno matutino de la clínica de primer nivel de atención del ISSSTE, de los cuales 20 fueron médicos, 22 correspondieron a personal de enfermería; cinco a personal administrativo y Trabajo Social y ocho a personal de vigilancia e intendencia. Los resultados muestran que la menor calificación la obtuvo el grupo que incluye a las categorías de vigilancia e intendencia y que no hubo una gran diferencia entre los tres grupos restantes (gráfica 8).

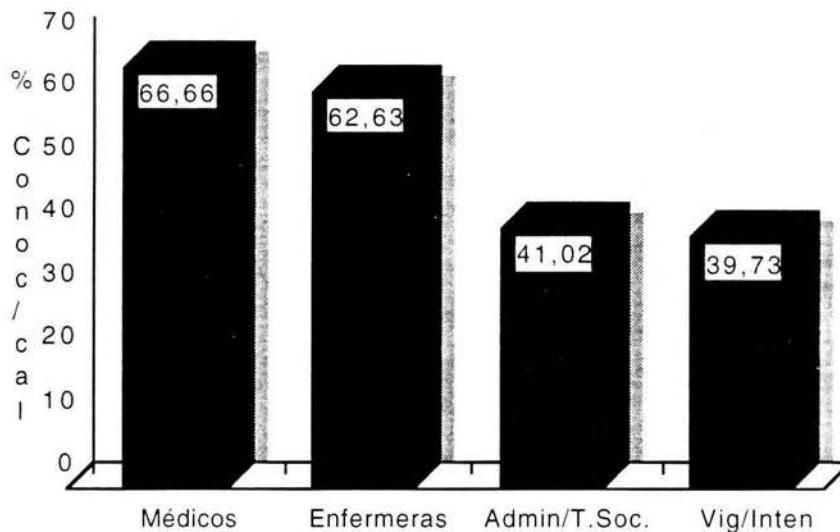
Gráfica No.8 % de Conocimientos sobre calidad del personal que labora en el turno matutino



Al mismo tiempo, se procesaron las encuestas realizadas a 41 trabajadores del turno vespertino de la clínica de primer nivel de atención del ISSSTE, de los cuales 18 fueron médicos, 14 correspondieron a personal de enfermería; tres a personal administrativo y Trabajo Social y seis a personal de vigilancia e intendencia.

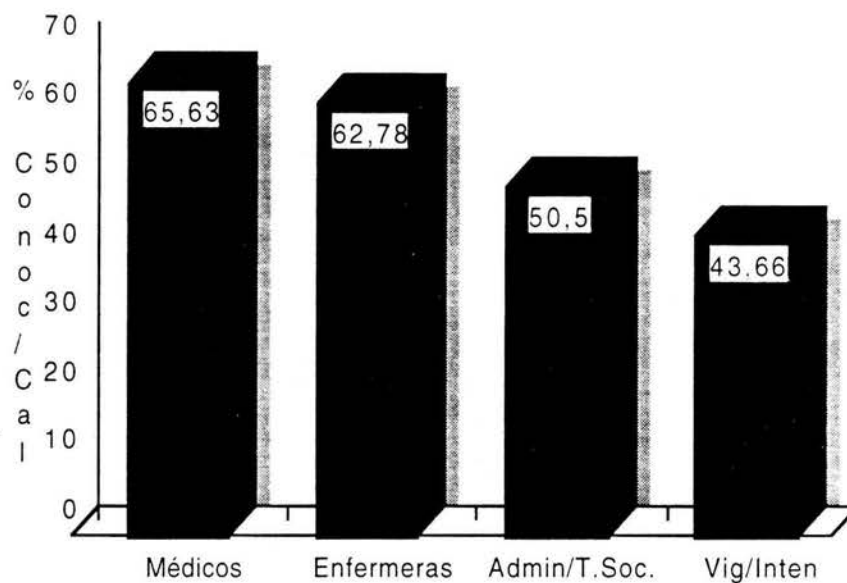
Los resultados muestran que la menor calificación nuevamente la obtuvo el grupo que incluye a las categorías de vigilancia e intendencia y, a diferencia de lo reportado en el turno matutino, este grupo presentó resultados parecidos al conformado por las categorías de personal administrativo y trabajo social, mientras que en los grupos representados por los médicos y por el de las enfermeras no hubo una gran diferencia al igual que los resultados mostrados en el turno de la mañana (gráfica 9).

Gráfica No.9 % de Conocimientos sobre calidad del personal que labora en el turno vespertino



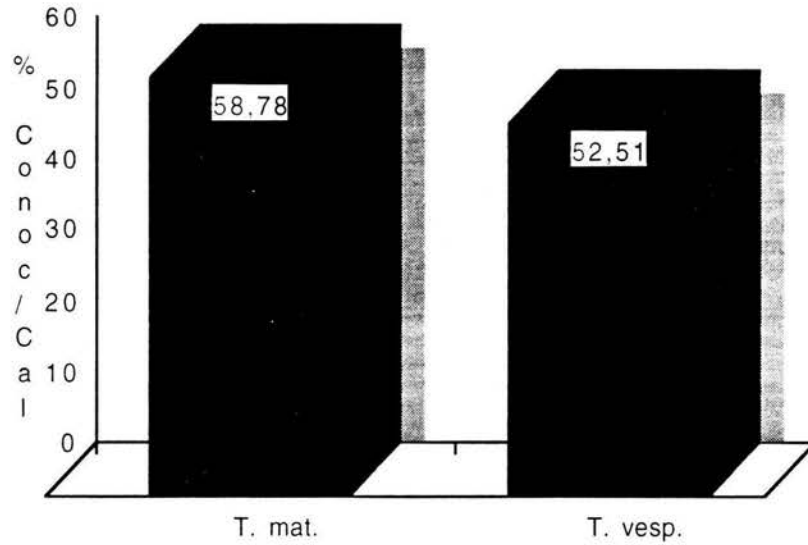
Al obtener el promedio del nivel de conocimientos sobre calidad de los trabajadores tanto del turno matutino como del vespertino, no se observaron cambios con relación a lo ocurrido al graficar cada turno de manera independiente (gráfica 10).

Gráfica No.10 % de Conocimientos sobre calidad del personal que labora en el turno matutino y vespertino (promedio)



Al obtener la gráfica del nivel de conocimientos total semanal del turno matutino y vespertino es evidente que este nivel es más alto en los trabajadores del turno matutino, que el presentado por los que laboran por la tarde (gráfica 11).

Gráfica No.11 % de Nivel de conocimientos total semanal de los trabajadores del turno matutino y vespertino (promedio)



La calificación total obtenida correspondiente al nivel de conocimientos de los 96 trabajadores que laboran en la clínica de primer nivel del ISSSTE fue de **55.64**

9. DISCUSION

Los resultados obtenidos muestran que el grado de satisfacción de los pacientes que acudieron a la consulta externa de la clínica de primer nivel de atención del ISSSTE, superó con mucho la hipótesis del 30%; esto puede deberse a que en el cuestionario aplicado para tal efecto, dos variables que obtuvieron una calificación muy alta (siete y trece) y que de alguna manera influyeron en el grado de satisfacción obtenido (61.99%), son preguntas que el paciente probablemente pudo percibir no como un reflejo de la atención recibida, sino como un problema de comprensión personal o incluso de apego al tratamiento médico indicado; esto es, que al contestarlas con la respuesta “ocasionalmente” o “nunca”, se pensara que no tenía un buen nivel de educación o que eso influyera en el resultado final de la atención médica otorgada.

Existe otra variable (nueve) que también alcanzó calificación alta en los dos turnos, esto probablemente tampoco sea el reflejo de la percepción para el paciente de una mala calidad de la atención pues la infraestructura que tiene la clínica (sobre todo los televisores), le permite estar cómodo y olvidar un poco su malestar sobre todo en el turno vespertino, ya que una gran proporción de los pacientes son madres y sus hijos que quizá toman la asistencia a la clínica como una extensión de las actividades que realizarían por la tarde en su hogar.

Por otra parte, la mayor satisfacción de los pacientes que acudieron a la consulta externa a la mitad de la semana (miércoles) y en el turno vespertino, puede deberse a que los médicos al inicio y final de la semana y sobre todo los del turno por la mañana se encuentran con una menor disposición a otorgar la atención ó quizá porque el paciente acude con una mayor disponibilidad tanto en tiempo como en su persona por las situaciones arriba citadas (aunque la diferencia con el turno matutino, no es realmente significativa).

La variable que obtuvo la menor calificación en ambos turnos, fue la correspondiente a los tiempos de espera, esto no es ninguna sorpresa, ya que es de todos conocido la inconformidad de los pacientes con relación a este punto, pero necesitábamos saber y en su caso confirmar si esta situación también se presentaba en

este estudio. La otra variable que obtuvo calificación baja (doce), seguramente tiene asociación con la gran cantidad de tiempo que se pierde tanto al acudir a la clínica como en la espera del otorgamiento de la atención médica.

Al analizar las encuestas correspondientes al nivel de conocimientos del personal que se encuentra en contacto directo con el paciente en la clínica de primer nivel de atención, los resultados también muestran una gran diferencia con la hipótesis original, ya que incluso el personal de vigilancia e intendencia que se podría pensar que tuviera el nivel más bajo, reportó entre 10% y 18% más de lo esperado, aunque esto puede ser debido al azar.

El personal médico y de enfermería presentó prácticamente los mismos resultados tanto en el turno matutino como en el vespertino, mientras que el personal administrativo obtuvo valores más bajos en el turno de la tarde, quizá debido a que el tamaño de la muestra fue un poco menor que en el matutino.

Los datos obtenidos nos indican que al parecer existe una asociación del nivel de conocimientos que sobre calidad total tiene el personal, con el grado de satisfacción de los usuarios; ya que aunque el resultado del nivel de conocimientos fue más bajo (55.64%) esto estuvo influenciado por los valores registrados por el grupo de personal de vigilancia e intendencia (43.66%), que finalmente son los que menor contacto directo tienen con el paciente.

Es conveniente observar que el mayor número de preguntas de la encuesta de satisfacción de los usuarios está relacionada con el otorgamiento de atención médica y la percepción del usuario puede estar enfocada hacia este aspecto.

Por último, estos resultados indican que sería conveniente realizar este estudio en los dos niveles restantes de atención médica, pues la hipótesis original (30%) tanto de conocimientos sobre calidad que tiene el personal de la clínica como de satisfacción de los usuarios, está basada en la hipótesis de que en el segundo y tercer nivel de atención del ISSSTE se obtendría un 60 y 90% (respectivamente) tanto de nivel de conocimientos como del grado de satisfacción de usuarios.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

10. CONCLUSIONES

1. El grado de satisfacción de los usuarios que asisten a la consulta externa de la clínica de primer nivel de atención del ISSSTE, es del 61.99%
2. El nivel de conocimientos sobre Calidad total que tiene el personal que labora en dicha clínica, es del 55.64%
3. Estos resultados indican que el grado de satisfacción de los usuarios, esta asociado con el nivel de conocimientos que sobre calidad total tiene el personal.
4. La variable que más influye en la insatisfacción de los usuarios son los tiempos de espera prolongados para el otorgamiento de la atención médica.
5. Es recomendable en un futuro, realizar este estudio en el segundo y tercer nivel de atención.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Karatsu, H: CTC: La sabiduría japonesa - Control total de la calidad - (1991) 89-96. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, S.A.
2. Ishikawa, K: ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. (1991) 39-199 Editorial Norma.
3. Donabedian, A: La calidad de la atención médica (1991) 3-39. México: Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.
4. Sheps, M.C: Approaches to the quality of hospital care. Public Health Reports (1955) 9: 877-886.
5. Dror, Y: Public Policymaking Reexamined (1968) 370 p. San Francisco: Chandler Publishing Co.
6. De Geyndt, W: Five approaches for assesing the quality of care. Hospital Administration (1970) 15: 21-42.
7. Williamson, J.W: Evaluating quality of patient care: A strategy relating outcome and process. Journal of the American Medical Association (1978) 218: 564-569.
8. Doll, R: Surveillance and monitoring. International Journal of Epidemiology (1974) 3: 305-314.
9. Freeborn, D.K., Greenlick, M.R: Evaluation of the performance of ambulatory care systems: Research requirements and opportunities. Supplement to Medical Care (1973) 11: 68-75
10. Donabedian, A: Quality assurance in our health care system. American College of Utilization Review Physicians (1986) 1: 6-12

11. Reerink, E: Garantía de la calidad de la atención a la salud en los Países Bajos. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 118-130
12. Jessee, W.F: Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 131-137
13. Schlaepfer-Pedrazzini, L., Infante-Castañeda, C: La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 141-155
14. Ruíz de Chávez, M., Martínez-Narváez, G., y cols: Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 156-169
15. Aguirre-Gas, H: Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 170-180
16. Duran-González, L., Frenk-Mora, J., Becerra-Aponte, J: La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 181-191
17. Campero-Cuenca, L: Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 192-204
18. Laguna-Calderón, J., Salinas-Oviedo, C: Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 221-224
19. Reyes-Zapata, H., Meléndez-Colindres, V.M., Vidal-Pineda, L.M: Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 232-242
20. Ruelas-Barajas, E., Vidal-Pineda, L, M: Unidad de garantía de calidad . Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* (1990) 32: 225-231

21. Ruelas-Barajas, E., Reyes-Zapata, H., Zurita-Garza, B., y cols: Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública Mex (1990) 32: 207-220
22. Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., Sosa de Martínez, C: El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. (1984) 11-29, 189-202. México: Editorial Trillas.
23. Cochran, W.G: Técnicas de muestreo (1981) 41-72, 128-149. México: Editorial C.E.C.S.A.
24. Azorin, P.F: Curso de muestreo y aplicaciones (1972) 49-60, 109-125. México: Editorial Colección Ciencia y Técnica.
25. Abad, A., Servín, A.L: Introducción al muestreo (1985) 41-68, 113-150. México: Editorial Limusa.
26. Scheaffer, R.L., Mendenhall. W., Ott, L: Elementos de muestreo (1987) 39-118. México: grupo Editorial Iberoamérica.

12. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA CONOCER EL GRADO DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL ISSSTE

1. Encuentra Usted que el personal de esta clínica le ha atendido en forma oportuna y amable:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

2. Considera que el personal de esta clínica es competente:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

3. Considera Usted que debido a la atención que recibe en esta clínica, existe una evolución favorable en su enfermedad:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

4. Considera que su médico le dedica el tiempo necesario y se preocupa por Usted:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

5. Tiene Usted confianza en su médico:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

6. Usted ha sido informado(a) satisfactoriamente acerca de su padecimiento:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

7. Comprende Usted las instrucciones y tratamiento que le indica su médico:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

8. Cree Usted que el tiempo de espera es razonable:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

9. ¿Cómo considera Usted a las instalaciones y equipo para otorgar la atención médica en esta clínica?

Buenas () Regulares () Malas ()

10. Usted ha tenido que quejarse de la atención otorgada en esta clínica:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

11. Usted ha pedido cambiar de médico en esta clínica:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

12. Usted acude a otros servicios médicos para evitar venir a esta clínica:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

13. Usted lleva a cabo las indicaciones y tratamiento que le indica su médico en esta clínica:

Frecuentemente () Ocasionalmente () Nunca ()

ANEXO 2

CONTROL TOTAL DE CALIDAD (CTC) EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL ISSSTE

1. Se ha descrito que conocer y satisfacer las necesidades de los pacientes, es el último paso en el CTC:

Verdadero () Falso () No sé ()

2. Se sabe que para aplicar el CTC, se tiene que ofrecer educación sobre calidad total y capacitación continua para todo el personal de la clínica de acuerdo a su nivel:

Verdadero () Falso () No sé ()

3. Se menciona que si la calidad es buena, el servicio podrá satisfacer al paciente aunque el precio sea excesivo:

Verdadero () Falso () No sé ()

4. Se ha demostrado que el CTC es una actividad de grupo y es responsabilidad de todos los empleados y de cada uno de los servicios:

Verdadero () Falso () No sé ()

5. Se sabe que en las instituciones médicas donde no se fabrican artículos, garantía de calidad significa asegurar la calidad de los servicios prestados:

Verdadero () Falso () No sé ()

6. Se ha descrito que las actividades de los círculos de calidad, son una moda pasajera y no forman parte del CTC:

Verdadero () Falso () No sé ()

7. Se conoce que el CTC es administración que se basa en el respeto por los individuos que laboran en la institución:

Verdadero () Falso () No sé ()

8. Se ha descrito que el éxito de los círculos de calidad radica en que los empleados sean obligados a participar en ellos:

Verdadero () Falso () No sé ()

9. Se sabe que actualmente es necesario el control de calidad de los servicios, haciendo énfasis en la inspección continua:

Verdadero () Falso () No sé ()

10. Se dice que la participación de los proveedores no es importante en el CTC que lleva a cabo la institución:

Verdadero () Falso () No sé ()

11. Se ha demostrado que actualmente el CTC en una institución, debe estar en manos de especialistas:

Verdadero () Falso () No sé ()

12. Se sabe que para hacer un seguimiento adecuado del CTC, es necesario realizar auditorias de control de calidad:

Verdadero () Falso () No sé ()

13. Se conoce que el empleo de métodos estadísticos esta indicado en el CTC:

Verdadero () Falso () No sé ()



**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**
Oficio: PPCA/EG/2004
Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **José Luis Zarur Aguilar** presentará Examen General de Conocimientos dentro del Plan de Maestría en **Administración de la Atención Médica y de Hospitales**, toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo, por lo que el Subcomité de Nombramiento de Jurado del Programa, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Dr. Ricardo Varela Juárez | Presidente |
| E. en N. Jorge Ruíz de Esparza García | Vocal |
| M.A.H. Carlos Martínez Gutiérrez | Vocal |
| M.C. Patricia Bolaños Rivera | Vocal |
| M.A.P. José Luis Gómez Leal | Secretario |
| M.A.H. Antonio Gómez Bautista | Suplente |
| M.A.S.S. Bulmaro Borja Terán | Suplente |

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Cd. Universitaria, D.F., 23 de febrero del 2004.
El Coordinador del Programa

Dr.. Ricardo Alfredo Varela Juárez