



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: SALUD

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE
TRABAJO SOCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA
Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ:
EVALUACIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

CLAUDIA GARCÍA PASTRANA

TUTORA: MTRA. GEORGINA SUZANNA VOLKERS GAUSSMANN
Programa de Maestría en Trabajo Social

MÉXICO, D. F. FEBRERO 2015



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.

Realicé esta tesis en el periodo comprendido de Octubre de 2013 a Julio de 2014, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en el Departamento de Trabajo Social, bajo la Dirección de la Mtra. Georgina S. Volkens Gaussmann Jefa del Departamento de Trabajo Social.

El trabajo se desarrolló gracias a la colaboración de los usuarios familiares y pacientes de primera vez que asistieron a recibir atención del Instituto y las trabajadoras sociales adscritas al Departamento que proporcionan la atención social.

El financiamiento para la misma estuvo a cargo de la que suscribe.

Claudia García Pastrana

Dedicatorias

Este trabajo está dedicado a las instituciones a las cuales tengo el honor de pertenecer que me han formado en el camino académico y profesional y son mi segunda casa:

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la Escuela Nacional de Trabajo Social y al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

A las personas que acuden al Instituto con alguna enfermedad y a sus familiares que todos los días nos hacen esforzarnos por adquirir mayores conocimientos y brindar mejores posibilidades de atención, que confían en nosotros y hacen posible que trabajos como este sean desarrollados.

A todas mis compañeras del Departamento que hacen posible que el Trabajo Social sea de vital importancia en el INNN

Agradezco a:

Mi gran amiga, hermana de alma y directora de Tesis, *Mtra. Georgina S. Volkens Gaussmann* que día a día está impulsándome para superar retos y buscar nuevas metas, sin importar los obstáculos que se presenten, gracias por impulsar mi crecimiento humano y profesional en todos los sentidos, por tu entrega, responsabilidad y ética que me enseñas todos los días en todos los ámbitos de la vida

A los revisores de este trabajo:

*Mtro. Carlos Arteaga Basurto,
Dra. Ma. Lucinda Aguirre Cruz,
Dr. Omar Ramírez de la Roche,
Mtra. Norma Cruz Maldonado*

Que con su tenacidad, entrega y profesionalismo en la investigación han hecho comentarios muy valiosos a este trabajo.

Gracias por todas sus opiniones.

Agradecimientos especiales

A mis **padres** que me dieron todo lo que siempre estuvo a su alcance en la vida, gracias por su apoyo para cumplir las metas sin importar desvelos, carencias y tiempos, gracias Chelita que donde quiera que estés seguro estas con una sonrisa, gracias Deme, mi cómplice, amigo y mejor juez. ¡Los quiero!

Carlos, gracias por todas las muestras de solidaridad y el apoyo que tengo de ti, me enseñas cosas diario

A Vero que me impulsaste a terminar este trabajo pues sólo con el ejemplo se puede pedir, espero ver tu título pronto.

Juan gracias por esa hermosa coincidencia que no esperábamos en la vida y que ahora nos hace ser fuertes y unidos, gracias por hacerme reír todos los días y enseñarme a ver la vida desde otro enfoque.

Víctor amigo, muchos años en las buenas y malas y salvándome de todas aquellas situaciones emergentes que nos da la vida.

A todos mis amigos y amigas por siempre estar ahí, en las buenas y malas que tenemos en la vida.

ÍNDICE

Lista de Tablas	vi
Lista de Figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	1
CAPÍTULO UNO	
METODOLOGÍA	
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Objetivos	8
1.3 Hipótesis	8
1.4 Etapas Metodológicas de la Investigación	12
1.5 Muestra	12
1.6 Universo temporal y espacial	14
1.7 Criterios de inclusión y exclusión	15
1.8 Criterios Éticos	15
1.9 Instrumento	15
CAPÍTULO DOS	
CALIDAD DE LA ATENCIÓN	
2.1 Aspectos Conceptuales de la calidad de atención en Salud	18
2.2 Calidad de la atención médica	20
2.3 Percepción	21
2.4 Evaluación	22
2.5 Estado del Arte de la Calidad	24
2.5.1 Antecedentes Internacionales	24
2.5.2 Antecedentes Nacionales	29
2.6 Modelos de evaluación de la calidad de la atención	35
2.7 Teorías de la Calidad	37
2.7.1 Calidad Total	37
2.7.2 Modelo de Calidad en Salud	40
2.7.3 Modelo de Certificación de Hospitales: Consejo de Salubridad General	46
2.8 Percepción del usuario en la calidad de la atención	49
CAPÍTULO TRES	
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA	
“MANUEL VELASCO SUÁREZ” (INNN)	
3.1 Niveles de atención en el Sistema de Salud en México	52
3.2 Antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	52
3.3 Organigrama	55
3.4 Plan de Calidad del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	56
3.5 Trabajo Social en los Institutos Nacionales de Salud	56

3.6 Departamento de Trabajo Social en el INNN	61
3.6.1 Antecedentes	60
3.6.2 Organigrama	62
3.6.3 Objetivo	64
3.6.4 Funciones	64
3.6.5 Actividades	65
3.6.6 Estructura	65

CAPÍTULO CUATRO ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Variables socio demográficas	70
4.2 Variables de atención	73
4.3 Estructura	75
4.4 Proceso	78
4.5 Atención técnica	83
4.6 Resultado: Expectativas y nivel de satisfacción	88
4.7 Análisis de resultados	95
4.7.1 Percepción y Evaluación de la Estructura	96
4.7.2 Percepción y evaluación del Proceso	98
4.7.3 Percepción y evaluación del Resultado	101
4.8 Evaluación de la Calidad de la Atención	104

CONCLUSIONES	110
--------------	-----

CAPÍTULO CINCO PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INNN

5.1 Evaluación de Estructura	115
5.2 Evaluación del Proceso	115
5.3 Evaluación de Resultados	121

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
----------------------------	-----

ANEXO: INSTRUMENTO	130
--------------------	-----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de indicadores	9
Tabla 2. Horario de atención.	75
Tabla 3. Orientación sobre procedimientos a realizar	79
Tabla 4 Causas por la que las personas no son orientadas	79
Tabla 5 Elaboración del Estudio Socioeconómico	83
Tabla 6 Causas de no expresaron de situación social	84
Tabla 7 Evaluación para la atención ´proporcionada por la trabajadora social	91
Tabla 8 Servicio de atención, recomendación del servicio, evaluación para la atención proporcionada por la trabajadora social.	93
Tabla 9 Comentario para la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social	94
Tabla 10 Evaluación de Estructura	106
Tabla 11 Evaluación de Proceso	106
Tabla 12 Evaluación de Expectativas y nivel de satisfacción	107
Tabla 13 Indicadores de estructura, proceso y resultado de Trabajo Social del INNN	119

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1. Modelo de calidad de la atención Donabedian	41
Fig. 2. Toma aérea del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	53
Fig. 3. Organigrama del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	55
Fig. 4. Modelo de Calidad, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	56
Fig. 5. Jefa del Departamento de Trabajo Social del INNN, 2015	61
Fig. 6. Organigrama del Departamento de Trabajo Social del INNN 2015	63
Fig. 7. Oficinas de Trabajo Social, hospitalización en el INNN, 2015	66
Fig. 8. Sexo de las personas entrevistadas	70
Fig. 9. Edad	70
Fig. 10. Escolaridad	71
Fig. 11. Ocupación	71
Fig. 12. Procedencia	72
Fig. 13. Nivel Socioeconómico	73
Fig. 14. Persona entrevistada	74
Fig. 15. Servicios de atención	74
Fig. 16. Tiempos de espera y considerados para ser atendidos	76
Fig. 17. Evaluación de instalaciones de Trabajo Social	77
Fig. 18. Presentación de la trabajadora social	78
Fig. 19. Aspecto de la trabajadora social	81
Fig. 20. Limpieza de la trabajadora social	81
Fig. 21. Uniforme de la trabajadora social	81
Fig. 22. Actitud y disposición de la trabajadora social para atenderlo	82
Fig. 23. Explicación de la trabajadora social de los documentos a integrar para el expediente del paciente.	85
Fig. 24. Explicación de los trámites a realizar con los formatos de IMSS e ISSSTE	85
Fig. 25. Información sobre el pase de visita	86
Fig. 26. Información acerca de la donación de sangre	86
Fig. 27. Llamadas telefónicas de Trabajo Social	87
Fig. 28. Trato esperado por la trabajadora social	88
Fig. 29. Trato en relación a lo esperado	89
Fig. 30. Trato esperado y trato recibido	90
Fig. 31. Capacidad de la trabajadora social para comprender necesidades	90
Fig. 32. Disposición de la trabajadora social para ayudar	91
Fig. 33. La calidad de la atención depende de..	92
Fig. 34. Plan de calidad	113
Fig. 35. Evaluación de calidad estudio socioeconómico	120
Fig. 36. Evaluación de la calidad, atención personalizada	120

RESUMEN

Con las evaluaciones desde la perspectiva del usuario (enfermo, familiar, responsable legal, acompañante) es posible obtener de los entrevistados conceptos y actitudes que permiten identificar errores y aciertos relacionados con la atención médica recibida. Es necesario que los trabajadores sociales consideren las opiniones del usuario como una estrategia para obtener nuevos elementos que permitan mejorar los esquemas de calidad en la atención médica hospitalaria.

OBJETIVO:

Conocer la percepción del usuario acerca de la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez,” considerando las características de estructura, proceso y resultado, para establecer un plan de mejora en la calidad de la atención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una investigación transversal; descriptiva, con la metodología de Avedis Donabedian (estructura, proceso y resultado), se aplicaron 284 encuestas a personas que acudieron por primera vez al Departamento de Trabajo Social, de octubre a diciembre de 2013. La muestra fue estratificada conforme los turnos y los servicios del Departamento, el instrumento fue auto aplicable con variables demográficas, datos de atención (servicio, horario, nivel socioeconómico), variables de proceso y de resultado (la percepción del trato en relación a lo esperado). La evaluación se determinó con base al porcentaje de respuestas satisfactorias como: mala menos del 61%; regular (del 62 al 79%); buena (de 80 a 99%); y excelente (100%)

RESULTADOS:

Se incluyeron personas de 18 a 89 años. El 70% de la población fue de mujeres. Más del 60% de ellas tenían de 31 a 59 años. El nivel de estudios fue de primaria el 23%; secundaria 23%; bachillerato 20% y licenciatura 20%. El 92% de la población con clasificación socioeconómica baja, exentos de pago 1% nivel uno 37%, dos y tres 43% y 11% respectivamente; cuatro o más 7%. El 60% fueron familiares y el 40% pacientes.

El 92% tuvo conocimiento del nombre de la trabajadora social; el 94% fue orientado sobre los procedimientos a realizar; en cuanto limpieza y uniforme el 60% consideró que era buena; más de la mitad de las personas (52%) percibieron la capacitación como buena; un 94% supo cómo se le asignó el nivel socioeconómico; al 24% no se le informó sobre sus derechos; en cuanto al trato en relación a lo esperado (trato amable, sin prisas, y con atención humana), el 74% refirió que fue de mejor a mucho mejor.

CONCLUSIONES:

En cuanto a la estructura proceso y resultado la evaluación del Departamento de Trabajo Social desde la percepción del usuario ha sido considerada como “buena”, para lograr la excelencia aún existen áreas de oportunidad que deben ser atendidas. Al evaluar la calidad de la atención que proporciona el personal de salud se lograrán los mayores estándares de calidad en beneficio de la seguridad del paciente y su familia.

ABSTRACT

With assessments obtained from the perspective of the users or costumers (the unwell, relative, legal representative, adult or companion) are possible to take from the interviewees concepts and attitudes that allows to identify mistakes and achievements about the health attention. So it is necessary to consider the opinions from the users as an strategy to take new elements in order to improve better quality schemes on this department in the attention of costumers.

Objectives:

Comprehend the perception of the user/costumer about the quality attention in the Social Work Department's service on the National Institute of Neurology and Neurosurgery Manuel Velasco Suárez considering the structure's characteristics, process and results in order to stablish a plan on the quality attention.

Material and Method:

The research instrument is a cross-sectional descriptive study based on Avedis Donabedian method (structure, process and results), 284 surveys were answers by people who went for the first time from October to December 2013. The samples were applied according to the area and work time from Social Work; the self-executing research instrument with demographic variables, costumer's attention (service, work hours, socioeconomic level), changes of process (perception contrasted with real attention). The evaluation was determine as bad if results were less than 61% , regular between 62% to 79%, good (80% to 99%) and excellent with 100%.

Results:

The interviewees had a rank age between 18 to 89 years old. 70% of people were women, 60% between the 31 to 59 years old. The academic level were distributed in elementary school 23%, middle school 23%, high school 20%, superior (20%). 92% of the respondents has a low socioeconomic level, exempt payment (1%), socioeconomic level 1 (37%), level 2 , 43% and level 3 was, levels 4 and uppers 7%. 60% respondents were relatives.

92% knew the name of social worker, 94% got an orientation about procedure, 60% considered a good appearance (uniform and clean), most half of the people (52%) consider the abilities of social workers are good, 94% know how do they got their socioeconomic level to get attention, 24% weren't informed about their rights; about the attention, people who has expectations about kindness, no hurry and human touch 74% said it was good to better.

CONCLUSIONS:

In relation with process structure and the results, the Social Work Department has been evaluated as "good", to achieve the excellence there still exists opportunities areas that must be pay attention, with evaluation in the quality service in the health attention it will get the highest quality standards in benefit of safety of the patient and their family.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, existe gran interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad de la atención en instituciones públicas y privadas del Sector Salud. Con el fin de mejorar aspectos relacionados con la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente del ambiente institucional, se lleva a cabo con base a tres ejes fundamentales: la prestación de servicios por la institución, la atención brindada por sus trabajadores y la percepción del usuario. (Donabedian, 1989)

En el plano de la modernización de los servicios de salud y como resultado de la importancia de atender el tema de la calidad, se han desarrollado estrategias para la reestructuración de la atención en las instituciones, los cuales han intensificado la necesidad de medir los procesos y resultados obtenidos en materia de calidad.

El Gobierno Federal en el Plan Nacional de Desarrollo desde 1980 a la fecha, tiene como uno de sus mayores retos la calidad de los servicios de salud para mejorar se han implementado diversos programas gubernamentales que inician con el Programa de Mejora Continua de la calidad de la atención médica (1997), la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, (2001), el Programa de Aval Ciudadano (2001) y el Programa Sí Calidad (2007). Actualmente en el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) se tiene como objetivo garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud con independencia de su condición social o laboral así como garantizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas y concretar un sistema de certificación para asegurar la calidad, los esfuerzos se centran en la gestión de calidad, la satisfacción de los usuarios externos e internos, la seguridad del paciente y la familia.

La Administración Pública Central considera como uno de sus propósitos fundamentales responder con eficacia y eficiencia a las demandas de la población, con el objetivo de buscar el mejor estado de salud, satisfacer las necesidades de la población, la seguridad del paciente y su familia dentro de las instituciones donde son atendidos y disminuir los riesgos de mala práctica o errores que pueden ser evitados si se hacen evaluaciones constantes, se identifican riesgos y se crean planes de mejora continua evaluados a través de la Subsecretaría de Innovación de la Calidad que da como resultado la certificación hospitalaria.

Para poder determinar la calidad de la atención desde la percepción del usuario se han desarrollado diversas investigaciones cuantitativas y cualitativas (Aguirre Gas H. y Col.1990; A. González, 1994; Bronfman,1997; Infante Castañeda,1999; Ortiz Espinoza, 2003; Hamui Sutton, 2013), que se enfocan a encuestas para conocer la satisfacción de los usuarios concernientes a los procesos de calidad; sin embargo estas encuestas están encaminadas básicamente a la prestación de

servicios de médicos, enfermeras, personal de laboratorio o, en su caso, el personal de salud, entendido como el resto de las personas que dan servicios, encontrándose en este rubro a los trabajadores sociales y la evaluación que se hace sobre el trabajo realizado se enfoca en alguna parte de los procesos de atención que responden al tiempo de espera, proporcionar su nombre dar orientaciones a cada individuo que atienden, pero no se profundiza en el quehacer profesional específico de las funciones y actividades de la profesión y de la institución en la que se realiza el trabajo ni en las evaluaciones destinadas al expediente clínico, para lo cual bastaría con que se integrara el estudio socioeconómico para tener otro indicador específico del instrumento mismo.

Las evaluaciones desde la perspectiva del usuario entendido éste como la o las personas que requieren el servicio (enfermo, familiar, responsable legal, acompañante) son cada vez más comunes, independientemente del modelo teórico-metodológico que se ocupe; a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados que permiten identificar errores y aciertos relacionados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Para los trabajadores sociales es necesario considerar las opiniones del usuario como una estrategia para obtener nuevos elementos que permitan mejorar los esquemas de calidad en la atención otorgada.

Al hablar acerca de la percepción del usuario, existen fuertes discusiones sobre la subjetividad de la evaluación de la calidad desde la visión del sujeto y, en ocasiones, se argumenta que la evaluación depende frecuentemente del estado de ánimo que se tenga en el momento de recibir la atención. Sin embargo, el conjunto de las percepciones permiten tener claridad y una visión global del comportamiento organizacional y definitorio de la atención proporcionada, junto con el proceso y la dimensión interpersonal, recordando que el servicio implica un proceso intangible que no puede ser cedido o almacenado por quien lo recibe y que la atención debe ser de calidad en cualquier momento y no debe depender del turno, el horario o la persona que esté a cargo de proporcionar el servicio.

La evaluación de la calidad de la atención tiene distintos intereses entre los administradores, los profesionales del campo de la salud y los usuarios, pues no siempre son coincidentes; los primeros, desde la corriente eficientista y empresarial, están preocupados por la disminución de los costos y la utilización constante de los servicios por parte de la población, y más que tener preocupación por “el otro” tan válida como un principio ético, es más bien, un producto de la competencia entre sistemas de cobertura o de seguros médicos o simplemente un requisito que permita la certificación o evaluación de la institución, más que una real vocación de servicio. El profesional por su parte, busca el crecimiento científico, tener la mayor tecnología y capacitación; cuando se le habla de temas de calidad o certificación, constantemente argumenta que la cantidad de trabajo aumenta día a día con el mismo pago, lo que ocasiona que disminuya la calidad de la atención proporcionada y la calidad sea entonces un peso más en el trabajo

a desarrollar más que un ejercicio de mejora continua. Y el usuario, por su parte, cuestiona cada día más la atención que recibe y emprende acciones en la búsqueda de sus derechos cuando las condiciones se lo permiten pues en ocasiones no tiene la posibilidad de acceder a otra institución donde se le atienda exponiéndose a soportar maltratos, omisiones, errores o cuasi fallas.

En el sector público, particularmente en los Institutos Nacionales de Salud que proporcionan servicios de tercer nivel de atención, la población atendida, en su mayoría, no cuenta con algún sistema de seguridad social como el que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) entre otros, y por el nivel de especialidad que se proporciona, acuden de toda la República Mexicana de diferentes niveles socioeconómicos, además de ser la única opción que tienen para recibir atención médica.

Desde los profesionales del campo de la salud debe rescatarse la calidad de la atención como un proceso de intervención social, una necesidad de atención, un derecho junto con procesos de empatía y con un carácter humano que permita a los profesionales comprender que la calidad es un proceso de construcción continua y que la evaluación del usuario es fundamental para identificar errores y aciertos de lo realizado.

Uno de los modelos de evaluación que tiene un enfoque con carácter social y sistémico es el propuesto por Avedís Donabedian, en sus tres niveles: “estructura, proceso y resultado”, que integra variables de tipo social más que administrativas y de competencia de mercado.

Debe ser claro para el equipo multidisciplinario y fundamentalmente para el trabajador social que forma parte indispensable de este equipo, que el usuario vive procesos emocionales, personales y de impacto que generan crisis en el entorno familiar, personal, económico y que los sucesos que se viven, muchas veces están lejos del carácter administrativo de certificación y competencia, por lo tanto requiere acciones con calidad y calidez del profesional que proporciona servicios de salud y que la evaluación que reciba debe verse como un proceso que procura determinar periódicamente de manera sistemática y objetiva la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de la atención proporcionada, y no como un elemento opresor o sancionador del usuario hacia el profesional.

De ahí la importancia de evaluar la calidad de atención que proporcionan los Departamentos de Trabajo Social como integrantes del equipo de salud, recordando que su actividad profesional está enfocada a atender gran parte de la población que asiste a las instituciones, y que “la satisfacción del usuario es de fundamental importancia como una medida de calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor del servicio y, a su vez, permite documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y, con ello, facilitar la evaluación de tal manera que contribuye a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, por lo cual la

medición de la satisfacción del usuario es un instrumento valioso para la administración y planeación.” (Donabedian, 1983, p.32)

Debido a que no existen acercamientos especializados y criterios de evaluación específicos que permitan conocer la calidad de la atención que se proporciona en los Departamentos de Trabajo Social específicamente, resulta importante para la disciplina, conocer aquellos elementos que el sujeto relaciona con la calidad de la atención, aporta al quehacer del profesional y permiten determinar errores y aciertos que deben ser atendidos cotidianamente y con ello realizar un monitoreo periódico de las acciones realizadas.

Para el Trabajo Social las evaluaciones de calidad de la atención que se proporcionan en el sector salud, permiten generar procesos de estandarización y certificación de las acciones profesionales con estándares nacionales e internacionales que dan a la disciplina elementos que permiten definir o redefinir procedimientos, acciones y valoraciones de la actividad profesional a partir escalas de evaluación que favorezcan la identificación y aceptación del grado de imprecisión de lo realizado y con ello generar propuestas de modelos de mejora continua que busquen la excelencia en cuanto a la atención y la realidad que existe en las instituciones de salud.

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

La evaluación fortalece las acciones para, redefinir los errores y las desviaciones de los procesos, mediante estrategias de intervención de manera conjunta, con el fin de promover el desarrollo en todas las funciones y actividades de la acción profesional del Trabajo Social.

El presente trabajo consta de cinco capítulos: en el primero se describe la metodología que sustentó la investigación, el apartado dos aborda los referentes conceptuales y teóricos de la calidad de la atención, posteriormente se especifica las funciones y actividades en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, “Manuel Velasco Suárez” y el Departamento de Trabajo Social; el capítulo cuatro describe los resultados de la investigación planteada con las conclusiones a las que se llegó y finalmente por último se integra una propuesta para la evaluación de la calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social del Instituto, esperando que sirva como referente para otras instituciones de salud.

CAPÍTULO UNO METODOLOGÍA

1.1 Planteamiento del problema

El interés por evaluar la calidad de la atención en México tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los usuarios que día a día opinan con mayor libertad acerca del servicio que se les proporciona por los prestadores de los servicios de salud y las instituciones que facilitan el servicio; también se presenta por el interés de reducir las desigualdades que se originan en los sistemas de salud que no son exclusivamente de cobertura sino, además, la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales. (FUNSALUD, 1994)

La evaluación de la calidad se ha enfocado básicamente en dos grandes áreas; la primera destinada a evaluar los programas que se generan en los servicios de salud en materia de gerencia y un segundo enfoque relacionado con la satisfacción del usuario y la seguridad de la atención en donde se considera la organización de los servicios, el proceso y resultado; los indicadores se basan en la atención técnica e interpersonal y la satisfacción del usuario y sus expectativas, a partir de diferentes metodologías.

Las deficiencias relacionadas con la calidad de la atención no han logrado ser superadas, ocasionando serios problemas en la percepción de la población que acude a solicitar servicios de salud, en especial para aquellos que no cuentan con recursos económicos para pagar un hospital privado, por lo tanto dependen de las opciones que tengan a su alcance, en donde predomina un “sentimiento de desconfianza hacia los servicios, que tiene que ver con la atribución de una insuficiente capacidad técnica, y la deficiente calidad del trato humano que se recibe en las instituciones de salud, muchas quejas se relacionan con la burocratización de los procedimientos y el trato desconsiderado para dar la atención...” (Bronfman, 1997, p. 442), que se traduce en pérdida de tiempo para los usuarios, deficiencias en la atención y, por consiguiente, deficiente satisfacción de sus necesidades, siendo éste un factor clave en las instituciones que brindan servicios a la población.

El proceso de atención como generador de satisfacción o insatisfacción del usuario representa una exigencia para las instituciones prestadoras de servicios de salud; uno de los grandes retos de la investigación relacionada con aspectos de mejoría de calidad de los servicios médicos es el conocimiento de las determinantes sociales que se encuentran vinculadas con el proceso salud – enfermedad (Infante, 1999, p. 46), así como la relación usuario-profesional, para poder identificar los errores y aciertos de los profesionales y obtener nuevos elementos que mejoren los esquemas de calidad en la atención otorgada.

La calidad de la atención que proporcionan las instituciones de salud influye en la utilización y continuidad de los servicios médicos, en la capacidad para comprender, seguir y aceptar el tratamiento, en su posibilidad de pago de los servicios para aquellos que no tiene acceso a la seguridad social y tienen que pagar por sus servicios; y en el análisis de las condiciones sociales y familiares que afectan al paciente y su familia que le permitan seguir con su tratamiento en beneficio de su salud.

El trabajador social como parte del equipo de salud, debe cumplir con la mayor calidad de la atención que otorga a la población, considerando que su acción profesional está basada en las relaciones interpersonales, el contacto directo con el usuario, la investigación y el análisis de las condiciones sociales y familiares que impactan en la atención integral que deben ofrecer los servicios de salud por lo que está directamente inmerso dentro de los procesos de calidad.

La monitoria de la calidad es uno de los indicadores fundamentales para identificar si existen cambios en la atención, favorables o desfavorables, con el fin último de lograr la calidad total; al revisar la literatura y las evaluaciones en cuanto al tema, se observa que las personas identifican a los servicios como “buenos” en general (Colunga Dávila, 1995; Velázquez Pérez, 2002; Jiménez Villegas, 2003; Alcántara Balderas, 2012); sin embargo, no existen investigaciones específicas del quehacer profesional de los trabajadores sociales en relación con la percepción del proceso y resultado de la atención que permitan evaluar la calidad que se ofrece de manera específica de acuerdo a los objetivos funciones y actividades de la profesión, tampoco existen evaluaciones continuas para el trabajador social que refieran si hay mejoras o aciertos en la calidad.

Las evaluaciones que se han hecho no dan un seguimiento a la calidad en cuanto a la estructura, el proceso y resultado de la atención específicamente por los Departamentos de Trabajo Social; en el sector salud algunas de las evaluaciones que se realizan son de manera anual como en el caso del Programa de Estímulos a la Calidad del desempeño del personal de salud que en 2008 integra a los trabajadores sociales en los estímulos económicos para la calidad; sin embargo se evalúa sólo aquellas personas que se inscriben en el programa y cumplen los requisitos. De 1996 al 2011 se benefició a 1533 trabajadores sociales de 32 entidades federativas de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Centros de Integración Juvenil (Arellano G, 2012, p. 166), por lo tanto no dan un panorama real de la atención como Departamentos o áreas de Trabajo Social.

Uno de los esfuerzos realizados en la Secretaría de Salud por medio de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación (2013) por mejorar la calidad de los servicios fue la estandarización del estudio socioeconómico en las instituciones participantes; lo anterior constituye una oportunidad para la evaluación de la atención técnica al desarrollar el mismo instrumento en diferentes instituciones y, con ello, se puede

realizar el monitoreo de la calidad de la atención de los trabajadores sociales en la evaluación socioeconómica, por institución.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), se han desarrollado acciones en materia de calidad de la atención, enfocados al logro de la certificación del Instituto considerando los estándares nacionales e internacionales establecidos por el Consejo de Salubridad General del 2012. Se realizaron juntas periódicas para revisar los estándares de certificación así como evaluaciones en aspectos técnicos de los expedientes sociales que se desarrollan día a día (García, 2011), dejando pendiente la percepción del usuario, que sigue expresando inconformidades y quejas frente a la atención que se les ofrece; esto lo hacen mediante comentarios a otros trabajadores sociales, la jefatura del Departamento o quejas por escrito cuando decide hacerlo en los formatos establecidos por el INNN. En el 2013 se registraron 32 encuestas de opinión que incluye felicitaciones (68%) y quejas o comentarios de mejora al Departamento (32%); sin embargo no se tienen evaluaciones de la calidad vigentes que integren la evaluación desde la percepción del usuario, que permitan identificar las áreas de oportunidad para mejorar la atención proporcionada. Por ello, resulta vital realizar evaluaciones directas de las personas que acuden a recibir atención, para integrar una evaluación de aspectos técnicos e interpersonales y de estructura de las instalaciones; medir la percepción del usuario es un recurso metodológico que sirve de base para la mejora continua, impulsa el trabajo en equipo y la toma de decisiones sustentadas en quien recibe la atención, además que prioriza las necesidades de la población y es un proceso que debe realizarse periódicamente, por lo tanto es necesario cuestionarse lo siguiente:

¿La calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía está determinada por el desempeño de las funciones y actividades de las trabajadoras sociales y está reflejada en la percepción y evaluación que tiene el usuario de la estructura, proceso y resultado?

Al saber cuál es la percepción del usuario acerca de la calidad de la atención proporcionada en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Se podrá realizar un plan de mejora de calidad en el Departamento.

La presente investigación fue cuantitativa, transversal y exploratoria y se realizó a partir del interés de conocer la percepción que tiene en la actualidad el usuario acerca de la calidad de la atención que proporciona el Departamento de Trabajo Social, posterior a la certificación del INNN, que permitió hacer una evaluación de la misma.

El Instituto se ha certificado y el personal de Trabajo Social fue capacitado en cuanto a los estándares de calidad establecidos por el Consejo de Salubridad; sin

embargo, en este proceso, no se consideró la percepción que tienen los pacientes y familiares acerca de la calidad.

El modelo teórico de evaluación a seguir es el desarrollado por A. Donabedian en sus tres momentos: estructura, proceso y resultado, adaptado al quehacer profesional del Departamento de Trabajo Social.

1.2 Objetivos

General

Conocer la percepción del usuario acerca de la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” considerando las características de estructura, proceso y resultado que permita, proponer un plan de mejora en la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social del Instituto.

Específicos

Describir la percepción del público usuario acerca de la calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social a través de las dimensiones sociodemográficas, oportunidad de la atención, trato personalizado, expectativas y nivel de satisfacción.

Identificar los elementos que repercuten en la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social del INNN.

Conocer la evaluación que da el usuario relacionado con la calidad de la atención respecto a la estructura, proceso y resultado del servicio que se proporcionan en el Departamento de Trabajo Social.

Proponer un plan de mejora de calidad para el Departamento de Trabajo Social que permita la seguridad del paciente y su familia acorde a los estándares de certificación existentes.

1.3 Hipótesis

H1 La calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía está determinada por el desempeño de las funciones y actividades de las trabajadoras sociales reflejada en la percepción y evaluación del usuario que tiene de la estructura, proceso y resultado.

Ho La calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía no está determinada por el desempeño de

las funciones y actividades de las trabajadoras sociales reflejada en la percepción y evaluación del usuario, que tiene de la estructura, proceso y resultado.

Variables

Variable Independiente

- Calidad de la atención

Variable Dependiente

- Desempeño de funciones y actividades de las trabajadoras sociales

Percepción y evaluación del usuario de la estructura, proceso y resultado

Operacionalización de las variables se medirán de acuerdo a los siguientes indicadores (**Tabla 1**)

Tabla 1. Operacionalización de indicadores

Indicador	Tipo de medición	Definición	Medición
Datos Socio demográficos Características de los usuarios atendidos			
Edad	Cuantitativa	Periodo de vida en el que se encuentra el encuestado.	18 años en adelante.
Sexo	Nominal	Las características biológicas que definen a un ser humano.	Mujer Hombre
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Grado de estudios máximo que estudió la persona sin importar si es concluida o no.	Ninguna Primaria Secundaria Bachillerato Carrera técnica Licenciatura Posgrado
Ocupación	Cualitativa Ordinal	Actividad a la que se dedica el entrevistado al momento de la entrevista.	La que indique el que contesta.
Lugar de Procedencia	Nominal	Estado de la República Mexicana donde habita la persona entrevistada, en el caso de los que vivan en otro país se le considerará extranjero.	Estado de la República Mexicana o país que refiera el usuario.
Datos de atención en el Instituto características que define la atención dentro de la institución			
Clave socioeconómica	Cuantitativa	Número que asigna el Instituto para el pago de cuotas de	1X, 1, 2, 3, 4, 5, 6

		recuperación de acuerdo al estudio socioeconómico	
Usuario	Cuantitativa	Aquella persona que para si o para otro demanda el servicio del Departamento de Trabajo Social	Paciente Familiar
Servicio de atención	Nominal	Lugar de especialidad donde fue atendido por la trabajadora social en el Instituto.	Consulta Externa Neurología Neurocirugía Psiquiatría Urgencias Terapia Endovascular- Radioneurocirugía
Turno	Nominal	Horario en el que fue atendido de acuerdo a los turnos programados en el Departamento de Trabajo Social.	Matutino Vespertino Nocturno Sábados-Domingos
Estructura datos relacionados con las instalaciones y suficiencia de recursos materiales y humanos			
Ubicación de oficinas de Trabajo Social	Cualitativa	Lugar asignado al Departamento para dar atención.	Si No Por qué
Horario de atención	Cualitativa	Rango de tiempo en el que labora la trabajadora social por turno matutino, vespertino, nocturno, fines de semana	Si No Por qué
Personal de Trabajo Social suficiente	Cualitativa Dicotómica	Percepción de las personas sobre el número de trabajadoras sociales que atienden.	Si No
Personal en su lugar de trabajo	Cualitativa Dicotómica	Encontrar a la trabajadora social en su lugar de trabajo al momento de solicitar la atención.	Si No
Oportunidad de atención	Cualitativa	Que el personal se encuentre en la oficina y del servicio que se le solicita.	Si No Por qué
Aspectos tangibles de estructura	Cualitativa Ordinal	Apariencia de las instalaciones físicas	Pésima Regular Mala Buena Excelente
Aspectos tangibles del personal	Cualitativa Ordinal	Apariencia del personal de Trabajo Social en Limpieza, Uniforme, aspecto.	Pésima Regular Buena Excelente
Proceso. Relación interpersonal que se tiene con el usuario			
Tiempos de espera de la atención	Cuantitativa	Tiempo que se espera para recibir la atención una vez solicitada	0 a 20 minutos 21 a 40 minutos 41 a 60 minutos Más de 60 minutos
Trato personalizado	Cualitativa Dicotómica	Relacionado con el servicio en atención, orientación y aclaración de dudas	Si No
Lenguaje en la atención	Cualitativa Dicotómica	Relacionado al tipo de comunicación verbal que recibe el usuario en claridad de la información	Claro Confuso

Accesibilidad	Cualitativa Ordinal	Disposición para atender las necesidades del usuario referente a lo relacionado con el Departamento en actitud y disposición para hacerlo.	Pésima Regular Buena Excelente
Proceso de atención técnica, relacionada con las funciones, actividades y capacitación del personal.			
Capacitación	Cualitativa Ordinal	Percepción de los usuarios acerca del conocimiento del personal de su trabajo.	Pésima Regular Buena Excelente
Funciones y actividades	Cualitativa Dicotómica	Desarrollo de procedimientos, funciones y actividades que percibe el usuario como elaboración de estudio socioeconómicos, entrega de información escrita y orientación, llamadas telefónicas.	Si No
Resultados, relacionados el cumplimiento de expectativas y niveles de satisfacción			
Expectativa del trato	Cualitativa	Pensamientos del usuario previos a la atención de la trabajadora social	Respuestas abiertas de acuerdo a su percepción
Trato en relación a lo esperado	Cualitativa Ordinal	Comparación de la expectativa del trato con el trato recibido de la trabajadora social	Mucho peor Peor Mejor Igual Mucho mejor
Empatía	Cualitativa Ordinal	Capacidad, disposición de la trabajadora social para comprender necesidades.	Pésima Mala Regular Buena Excelente
Calidad percibida	Cualitativa Ordinal	Evaluación que da el usuario a la atención recibida	Pésima Mala Regular Buena Excelente
Recomendación del servicio	Cualitativa dicotómica	Se refiere expresarse bien o mal del servicio y de la trabajadora social que lo atendió	Si No
Calidad percibida	Cualitativa Ordinal	Ponderación del usuario de la estructura, proceso y resultado en lo que a la calidad de la atención se refiere.	Se utiliza ponderación de 1 a 4 donde uno es el más importante y cuatro el menos importante.
Comentarios quejas y sugerencias	Cualitativa	Expresiones para sugerir a realizar mejoras, cambios en la institución o felicitaciones	Expresiones de libre voluntad.

1.4 Etapas Metodológicas de la Investigación

La presente investigación es de tipo transversal por realizarse en un momento determinado; descriptivo, tiene la intención de describir los aspectos relacionados con la evaluación desde la percepción del usuario que da a la calidad de la atención del Departamento; observacional, ya que dará lugar a la búsqueda de información por medio de la encuesta a los pacientes y familiares que acuden por primera ocasión a Trabajo Social; y propositivo, pues pretende desarrollar acciones de mejora al departamento, dividido en cuatro etapas:

Primera etapa: Revisión bibliográfica, hemerográfica y mezo gráfica referente a la calidad de la atención en las instituciones de salud, y evaluaciones de calidad de los trabajadores sociales, para acceder al conocimiento de lo relacionado con la evaluación de la calidad desde la percepción del usuario y determinar los marcos a desarrollar en la investigación.

Segunda etapa: En esta fase se procedió a realizar la identificación de los elementos del proceso de atención en el Departamento de Trabajo Social, con relación a funciones, actividades, objetivos, políticas y procedimientos existentes dentro del Departamento, que tengan relación directa con el usuario.

Tercera etapa: Dedicada a la aplicación de encuestas de opinión a los usuarios acerca de la percepción de la calidad de la atención a partir de la estructura, el proceso y resultado, con la finalidad de conocer la evaluación que se tiene acerca de la calidad de atención.

Cuarta etapa: Destinada a evaluar cualitativa y cuantitativamente los resultados de manera que se pueda analizar la percepción del usuario acerca de la calidad de la atención, identificar los elementos que repercuten en la calidad de la atención y conocer la evaluación que da al Departamento de Trabajo Social.

1.5 Muestra

El tamaño de la muestra fue obtenido de las estadísticas elaboradas por el Departamento de Trabajo Social de los turnos matutino, vespertino, nocturno y horario especial, sobre personas que acuden a solicitar atención de primera vez (personas que se internan por primera ocasión o que abren expediente en el Instituto), considerándose los datos del último trimestre del 2013 (octubre a diciembre de 2013) siendo un total de: N= 1096 personas atendidas, se consideró a las personas de primera vez por ser pacientes atendidos posterior a la certificación del Instituto que se realizó del 17 al 20 de septiembre del 2013).

El muestreo fue probabilístico, estratificado por cuota debido a que las personas atendidas por turno son diferentes, con un nivel de confianza de 95% y un margen

de error de 0.5. Se consideraron los servicios donde se encuentran las trabajadoras sociales (Consulta externa, Psiquiatría, Urgencias en los cuatro turnos, Neurología, Neurocirugía, Terapia Endovascular y Radioneurocirugía) de acuerdo a la siguiente fórmula.

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

n = tamaño de la muestra

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

Pq variabilidad p= 0.5 y q= 0.5

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

Sustituyendo

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

Con el factor de corrección para poblaciones finitas.

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

no= muestra inicial 384

N= población total 1096

Sustituyendo

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{1096}} = 284$$

Tamaño de la muestra: 284 sujetos

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

SERVICIO	TOTAL PERSONAS ATENDIDAS DE PRIMERA VEZ POR SERVICIO Nh	FRACCIÓN DE SERVICIOS Nh/N	MUESTRA DE LOS SERVICIOS nh
Consulta Externa	776	0.70	201
Neurocirugía	76	0.06	20
Neurología	23	0.02	6
Psiquiatría	47	0.04	12
Urgencias	127	0.11	33*
Terapia	47	0.04	12
Endovascular, Radioneurocirugía			
TOTAL	N=1096	1	n= 284

Nh= subpoblación por servicio

N= población

Nh/N= proporción muestral

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

*El área de urgencias proporciona servicio las 24 horas del día, en cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno, sábados y domingos), la muestra se dividió de acuerdo con el porcentaje de personas atendidas por turno, quedando de la siguiente manera: 6 para turno matutino 7 para vespertino 18 nocturno 2 para sábados y domingos, dando un total de 33.

Para realizar la estratificación se revisaron los informes mensuales del Departamento de 2013 de cada uno de los servicios, de tal manera que se pudiera obtener un porcentaje específico de la población atendida.

1.6 Universo temporal y espacial

La presente investigación se realizó de octubre del 2013 a julio de 2014 en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, dirigido a usuarios atendidos por primera vez por el Departamento de Trabajo Social.

1.7 Criterios de inclusión y exclusión

Cualquier persona que acuda a solicitar atención por primera vez familiar o paciente al Departamento de Trabajo Social (que requiera internamiento o apertura de expediente), en consulta externa, urgencias y hospitalización, sin considerar como factor limitante el nivel socioeconómico, sexo o lugar de procedencia, en los casos de las personas que no sepan leer y escribir el encuestador leerá el instrumento al usuario para facilitar su llenado.

Criterios de exclusión

Personas que acudieron a solicitar informes y que no tengan relaciones directas con las funciones y actividades de Trabajo Social, menores de edad, pacientes o familiares que acuden de manera subsecuente y personas que no acepten contestar el cuestionario.

1.8 Criterios Éticos

Se le informó a las personas de manera verbal que el instrumento es auto aplicable con criterios de confidencialidad, el anonimato de los usuarios sería mantenido en todo momento y los datos se analizarán de manera grupal (en los casos de personas que no sepan leer) el encuestador está obligado a mantener el principio de confidencialidad y sólo se realizará mediante su consentimiento tácito para contestar el instrumento.

No se consideró el nombre de la persona encuestada, ni el número de registro hospitalario del paciente y las preguntas podían ser contestadas de manera libre sin tener ninguna repercusión negativa que afecte la atención del paciente o familiar en el Instituto.

1.9 Instrumento

Se rediseñó el formato del cuestionario de recolección de datos dirigido al público usuario, para medir la percepción de la calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social, validado en 2004 (García, 2004) y se sometió a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos proporcionada por seis profesionales en el área de la salud entre trabajadores sociales, médicos y una Maestra en Bioética, que dieron sus opiniones al instrumento; se agruparon preguntas de acuerdo al modelo elaborado por Donabedian A., enfocado específicamente a la estructura, el proceso y resultado de las funciones y actividades concernientes al Departamento de Trabajo Social del INNN.

El instrumento elaborado con 49 preguntas, (8) abiertas y (41) cerradas, contemplando indicadores relacionados con la estructura, el proceso y resultado de la calidad de la atención médica (ver anexo 1) integrado por:

1. *Variables sociodemográficas* (5)
2. *Datos de atención* (4)
3. *Variables de estructura* (13)
4. *Variables de proceso* (17)
5. *Variables de resultado* (9)
6. Preguntas para comentarios (1)

Se realizó un estudio piloto de 42 instrumentos a personas atendidas en consulta externa y hospitalización del 18 al 28 de marzo del 2014 para identificar si el instrumento requería modificaciones.

Se modificó el cuadro de niveles socioeconómicos de vertical a horizontal y en cuanto a los servicios fue necesario aclarar con las personas el concepto de servicio atendido puesto que inicialmente marcaban el cuadro de “Neurología” por pensar que era el Instituto y no el servicio de atención; y se consideró apoyar con la lectura y el llenado del instrumento a aquellas personas que no sabían leer y escribir y quisieran contestar el cuestionario con el fin de tomar en cuenta las opiniones de las personas que son atendidas.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se informó a las trabajadoras sociales que laboran en el Departamento que se realizaría una encuesta de calidad a los pacientes de primera vez, la aplicación estuvo a cargo de 21 estudiantes de Trabajo Social, a los que se les capacitó en el tema de la calidad, sus componentes y el objetivo de la investigación, así como en técnica de encuesta y estrategias de acercamiento con la población, junto con criterios de inclusión y exclusión; se aplicaron 284 instrumentos.

Al ser los estudiantes independientes al Instituto y desconocer a las trabajadoras sociales, favoreció la aceptación de las personas a responder el cuestionario porque no se parte del equipo de Trabajo Social del Instituto; en los casos donde las personas no podían leer o escribir y aceptaron contestar, el encuestador apoyó con la lectura y el llenado del mismo.

CAPÍTULO DOS CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad en materia de salud involucra no sólo factores médicos, sino aspectos sociales, éticos y principios morales de los sujetos que conviven en un sistema de calidad donde se involucran tres subsistemas: la institución, el capital humano que labora en la institución, el enfermo y su familia que requiere los servicios de salud; todos son interdependientes y necesarios en el ciclo de la atención.

Si bien es cierto que las enfermedades siempre han existido, el concepto de atención en salud ha variado con los años, con la creación de las instituciones y la necesidad de especializar los servicios y con ello la transformación en la atención; lo que en un inicio surge con un fin humano de ayudar al enfermo y favorecer a su desarrollo y calidad de vida (Alcántara, 2012), con los avances tecnológicos, la modernidad, la globalización, se ha convertido de una inversión social a un bien de consumo que reconoce que la atención médica es un medio falible de competencia con errores y aciertos, por lo tanto deben ser evaluados no sólo por el personal involucrado directamente en la institución, debe incluirse también a la política pública, el derecho, la economía, los administradores y la sociedad misma (Aguirre, 1990).

Como la salud es un fenómeno de componentes multifactoriales con el tiempo ha surgido la necesidad de insertar disciplinas diferentes a los médicos y las enfermeras en la atención (entre ellos nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales), generando en las instituciones una fragmentación disciplinar, que lejos de trabajar en equipo en beneficio del paciente y la familia que se atiende, se forman pequeñas islas difíciles de integrar donde cada disciplina tiende a proteger su quehacer cotidiano con dominio de las actividades realizadas, e impone trámites horarios y formas de atención, lo que no asegura que estas actividades y procedimientos que se proporcionan día a día, sean los correctos en beneficio del usuario que recibe la atención. En ocasiones se tiene información diferente por área o simplemente se refiere a las personas de un lado a otro sin tener claridad de los procesos que se desarrollan en la institución; debido a esto se requiere de evaluaciones disciplinares que determinen errores y aciertos por áreas y, a su vez, evaluaciones sistémicas institucionales capaces de integrar los servicios con un sistema de atención con un solo fin: la calidad de la atención (Ker, 1992).

Con este panorama el tema de la calidad toma trascendencia pues permite una evaluación constante que relaciona los principios iniciales de la atención, reconociendo que debido a los cambios demográficos y las necesidades sociales de salud de la población se ha requerido de mayor especialidad que implica un alto costo para quien realiza la planeación y para quien debe pagar por los servicios médicos. La no calidad entonces, implica gastos innecesarios para la población y el sistema y, por lo tanto, incrementa los riesgos y encarece la atención; para identificar las áreas de oportunidad, se plantea la evaluación del

quehacer profesional con fines preventivos, que disminuyan los riesgos para el paciente, la familia y el personal que labora en las instituciones, no importando la actividad que se realiza dentro de la institución.

2.1 Aspectos conceptuales de la calidad de la atención en salud

La calidad de la atención es un tema fundamental en el proceso de salud - enfermedad que, a través de los años, ha sido difícil su conceptualización. El término calidad proviene del latín (*qualitas-atis*), que se refiere a “cualidad”, es un término que ha estado presente en la historia de la humanidad y ha sido un concepto complejo de unificar y evaluar por sus distintas concepciones; es a partir del siglo XIX que se iniciaron los diferentes conceptos en torno al tema, cada una de las definiciones que se han desarrollado es válida dependiendo del objetivo, contexto y momento histórico determinado, puede ser utilizado en las diferentes posibilidades de ser de las cosas, a las cuales es viable aplicar una escala de valores entre lo bueno y lo malo, superior o inferior, excelente o deficiente.

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) define a la calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie, la superioridad o excelencia con respecto a otras de su especie” y como la “calidez en el trato”.

El término de la calidad es tan amplio que puede dividirse en dos significados críticos, el primero al producto de los servicios que implica la decisión del cliente para adquirir un producto que lo satisface completamente y un segundo que tiene que ver con la ausencia de satisfacción del cliente hacia el producto.

Es tan amplia la gama de conceptos sobre el tema que en este apartado sólo se considerarán aquellos relacionados con la atención en salud.

Donabedian (1983, p.32) caracteriza a la calidad como “la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades”, relacionados por factores como la atención técnica, las relaciones interpersonales y el ambiente físico en donde se desarrolla el proceso de atención; partiendo de la teoría de sistemas, propone tres subsistemas que integran la calidad, denominados estructura, proceso y resultado, puede ser medida a través de niveles, que al ser cumplidos proporcionan la calidad de los servicios.

En 1989 la International Organization for Standardization (ISO) define a la calidad como “el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado.”

Lock (1992, p.25) sostiene que la calidad se ha entendido como un conjunto de requerimientos o necesidades de un usuario que una organización debe satisfacer, “es el grado de armonía entre la expectativa y la realidad”.

Deming citado en Colunga (1995, p. 22) define a la calidad como “el conjunto de características de servicios y de productos de consumo que satisfacen las necesidades del consumidor y lo hacen sentirse orgulloso de poseer un producto o de recibir un servicio al más bajo costo posible, por lo cual puede considerarse como la aptitud de un producto o de un servicio capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios.”

“La calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio, existe calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios.” (Malagón, 1999, p. 46)

La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 1991, p.121) junto con la Organización Panamericana de la Salud identifican que “La calidad es un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el Estado, los Proveedores y los Usuarios” y que “la calidad es como la perciben los propios usuarios; toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones en pro de la salud se desarrollan.” (Ross, 2000, p 93) Es decir que abarcan todos los aspectos del proceso de atención, desde la percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje y continuidad de los cuidados entre niveles de atención.

La Ley General de Salud (2002, Cap. II Art. 32) define como calidad a “El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.”

En la XXVII Conferencia Sanitaria Panamericana se definió a la calidad como “Una cualidad esencial de la atención médica y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.” (Alcántara, 2012, p. 12)

Por su parte, la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC, por sus siglas en inglés), en 2001 define la calidad como el conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente.

La definición que se considera más cercana al objetivo de esta investigación es la siguiente:

“La calidad es la adecuación con las que se llevan a cabo las acciones de salud, la mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible en términos de mayor efecto, la menor molestia, al menor costo, que permiten la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.” (González, 1994, p. 32).

2.2 Calidad de la atención médica

Con la evolución del concepto de calidad en materia de salud se determinaron conceptos referentes a la atención médica que permiten mayor especificidad en cuanto a la definición del tema de la calidad desde hace ya algunas décadas.

En México, una de las instituciones que inicia con la definición de la calidad de atención médica es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1978, la concibe como “el conjunto de procedimientos establecidos, con el fin de identificar en las acciones realizadas y en sus resultados, el apego o alejamiento de objetivos previamente señalados, su finalidad es corregir, adecuar y modificar sustancialmente los planes iniciales.” (Barquín, 1980, p. 19)

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, 1987, p. 63) define la atención médica como “el proceso ordenado y metodológico para establecer el análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos.”

Donabedian (1990, p.26) identifica a la calidad de la atención médica como el “tratamiento capaz de lograr el mayor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”, es aquella clase de atención que se espera puede proporcionar al paciente el máximo y completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompaña el proceso de atención en todas sus partes; permite evaluar el grado de satisfacción por medio de la aplicación de encuestas de opinión que expresan la satisfacción de expectativas, relacionadas directamente con la adecuación de los lugares, los prestadores de servicios y la institución; determinó que la calidad de la atención médica debía estar enfocada a mejorar los errores técnicos e interpersonales de la institución y los trabajadores, con la finalidad de disminuir los riesgos y aumentar los beneficios a la población, mediante la educación, capacitación, motivación, sensibilización y reorganización de los servicios de salud.

En 1997 Aguirre Gas define a la atención médica como el otorgar atención oportuna al usuario conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que satisfagan necesidades de salud, de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución. En 2002 refuerza con elementos de proceso y resultado es decir, debe darse con oportunidad, competencia profesional, seguridad, respeto a los principios éticos de la práctica médica, satisfacer sus necesidades en salud y las expectativas.

El Consejo Mexicano para la Certificación (2012, p. 284) retoma el concepto como calidad de la atención agrupando con ello a todos los integrantes del equipo de

salud; define que es el “grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen cuestiones de perspectiva del paciente, seguridad del entorno de atención, y accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.”

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

Para la presente investigación se pretende abordar la calidad evaluada a partir del usuario a través de su percepción en cuanto al servicio recibido, que finalmente es quien juzga la infraestructura de la institución, la relación interpersonal y la capacitación técnica de las personas que laboran dentro de ella.

2.3 Percepción

La palabra percepción proviene del latín (*perceptio*, *onis*) está relacionada directamente con la sensación interior que resulta de una impresión material hecha de nuestros sentidos. (Diccionario de la Lengua Española, 2001)

Descartes (citado en Abbagnano, 1996, p. 902) la define como “todos los actos cognoscitivos en cuanto son pasivos, con referencia al objeto y en relación a los actos de la voluntad que son activos”, la divide en dos: aquella que se relaciona con los objetos externos y la que se relaciona con el cuerpo y el alma.

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

Kant considera que es “la representación de conciencia” la distinguió como sensación, en caso de referirse solamente al sujeto y en conocimientos, si es objetivo (citado en Abbagnano, 1996, p. 902)

Locke por su parte manifiesta que es la primera idea simple producida por vía de la reflexión, en cuanto se ocupa de nuestras ideas, es la primera facultad de la mente convirtiéndose en la “unidad elemental producida directamente en el objeto por la acción causal del objeto.” (citado en Abbagnano, 1996, p. 902)

La percepción es definida también como la recepción y elaboración de los centros nerviosos superiores de los datos proporcionados por los órganos de los sentidos,

(es un hecho objetivo en la medida que corresponde a la observación de los hechos reales)

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

2.4 Evaluación

La palabra “evaluar” tiene raíces en el latín (Valuera) y proviene del francés (evaluar) que se refiere a valor o atribuir un mérito a una cosa u objeto determinado. (Diccionario de la Lengua Española, 2001)

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

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002) la define como un proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos.

Ander Egg (1998, p.23) identifica la evaluación como “señalar a una cosa el valor correspondiente a su estimación”, para lo cual se requiere de un procedimiento que compara lo que se evaluará con relación a un criterio o patrón determinado.”

Para Cohen (1997, p.46) es una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos.

Saavedra (1998, p.76) sostiene que evaluar es el “hecho de estimar la capacidad o posibilidad de llegar a una solución o acuerdo que se recomendó, mediante la indicación de un tratamiento (es una especie de pronóstico) estimado, la resistencia que se ofrezca a la buena disposición de ayudar o ayudarse, conociendo personas o recursos disponibles.”

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

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

estrategias y programas de salud, analizando los objetivos y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los resultados previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos.” (citado en Vázquez, 1996, p. 16)

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

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

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

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

2.5 Estado del Arte de la Calidad

2.5.1 Antecedentes Internacionales

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

La preocupación por evaluar la calidad no es un tema reciente, desde la historia de la humanidad la práctica por mejorarla se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo en el 2150 A.C. en el Código de Hammurabi (citado en F. Lara, 1982) los Fenicios utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad con el fin de evitar que se repitieran errores.

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

El antecedente más antiguo del cual se tiene registro se originó a finales del siglo XIX enfocado en la mortalidad en hospitales de campaña durante la guerra de Crimea en Inglaterra, elaborado por Florence Nightingale en 1865, su objetivo estaba enfocado en medir lo que sucedía en los hospitales de campaña del ejército inglés; la conclusión a la que llegó se basó en afirmar que podían cambiarse las leyes que gobiernan a la enfermedad, siempre y cuando existiera relación con los resultados obtenidos y con el uso de la terapéutica dada, además de proponer como necesaria la recolección de la información de los pacientes dados de alta. (Ker, 1992, p. 193)

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

Abraham Flexner, en 1910, publicó un informe donde estudió lo relacionado con la educación médica en Estados Unidos, en él demostraba los pobres estándares que existían en muchos de los centros médicos universitarios. (Ker, 1992, p. 193)

En 1916, Ernest Amory Codman, consideraba que la atención médica se daba con base en la limpieza de las instalaciones, su belleza arquitectónica, la cortesía con la que el personal trataba al paciente, sin tomar en cuenta la eficiencia del profesional, estos elementos forman parte de sus conclusiones sobre la atención, reflejadas en su obra "Resultado final de la atención en la evaluación de la práctica clínica", tomando en cuenta además de la actividad profesional, el hospital como empresa organizativa, administrativa y económica. (Ker, 1992, p. 198)

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

“La buena atención médica, se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas, enfatiza la prevención, requiere de la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica, trata al individuo como un todo, mantiene una relación profesional estrecha y continuada entre el médico y el paciente y está coordinada con grupos de Trabajo Social, así como con todos los tipos de servicios médicos, se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve.” (Malagón, 2006, p.79)

Con este enfoque aportan a la calidad de la atención médica un atributo propio de quien lo ejerce, y que puede ser vista de diferente forma dependiendo de quien lo reciba, en su definición de atención médica considera al Trabajo Social como parte integral de la atención.

En 1954 se creó en Estados Unidos, la Comisión conjunta para la acreditación de los hospitales: que estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización, administrativa y calificaciones profesionales, utilizando índices numéricos sobre la administración y funcionamiento iniciando así los “estándares”. (K. Donahue, 1993, p.17)

Mindel C. Sheps en 1955 identifican que día a día se destinaba “mayor atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general, así como de la asistencia hospitalaria en particular. (Ker, 1992, p. 197)

Paul Lembeke (1956) construyó la ciencia de la evaluación, en donde aborda y selecciona elementos encaminados al desempeño de estándares, concepto utilizado por primera vez como auditorías médicas. (Ker, 1992, p. 198)

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

En los 60’s las investigaciones sobre calidad se modificaron en cuanto a objetivos, basándose en la estandarización de la calidad de la salud. Tal es el caso de España, específicamente en Barcelona, donde se realizan los pilares hacia la estandarización y acreditación de la calidad de los servicios de salud.

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

Avedis Donabedian, considerado una autoridad mundial en el abordaje de calidad, y con base en la sistematización de estudios anteriores, identifica la diferencia de la calidad en lo técnico-científico, la interrelación médico-paciente y beneficiario-sistema, así como la satisfacción del paciente y proveedor; plantea un modelo de

la evaluación de la calidad Estructura- Proceso- Resultado, (utilizada en la mayor parte de investigaciones sobre evaluaciones de calidad en salud). Sostiene que la investigación debe ser más continua, identificado como monitoreo de la calidad, que debe evaluarse con base en las variables relacionadas con las características físicas de la institución, las características personales de los prestadores de servicios y la satisfacción del usuario, calificados por el mismo usuario.

John Willanson en 1971 propone que para verificar los resultados en la satisfacción de las expectativas del paciente es necesario evaluar el proceso, los antecedentes y la estructura, en caso de no haberse cubierto el objetivo de satisfacer las expectativas del usuario. (Vázquez, 1996, p.29)

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

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

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de la Atención Médica donde sus principales prioridades se resumen así:

- a) Controlar costos ocasionados por deficiencias en la atención.
- b) Estudiar el incremento de demandas judiciales por errores médicos y profesionales de la salud.
- c) Concientización de los profesionales de la salud y estructura de las políticas de atención.
- d) Eliminación de mecanismos innecesarios que ocasionan altos costos.
- e) Examinar lo relacionado a los recortes gubernamentales ocasionados por las crisis económicas a los sectores sociales en América, Europa y Asia.

En 1986 la comisión conjunta en Estados Unidos presenta un proyecto denominado "Agenda para el cambio", con el objetivo de establecer un programa de seguimiento y evaluación de la calidad hacia el año 2000, que accediera a concentrar la evaluación de los eventos clínicos que representan fallas en la atención médica ocasionadas por profesionales o por la institución; posteriormente se desarrollaron experiencias aisladas inéditas en algunos hospitales en Brasil, Chile y Colombia. (K. Donahue, 1993, p. 19)

Por su parte, la Comunidad Económica Europea, con base a la meta 31 (salud para todos) propone que para 1990 cada uno de los países tendría que establecer su propio sistema de garantía de calidad en salud, los países en los cuales se cuenta con este tipo de sistema son Francia, Bélgica, Alemania, Suecia, Inglaterra y España.

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

- Monitorear los sistemas de calidad con base en estadísticas que contemplen los procesos y resultados con el fin de mejorar y evitar errores.
- Identificar como usuarios a los consumidores y a los miembros de la organización como un conjunto que se relaciona continuamente.
- Toman como base a la organización de manera global y delegan responsabilidades a cada uno de los integrantes de la misma, para desarrollar procesos de mejora de calidad.
- Identifican las deficiencias en los procesos y defectos de los resultados; argumentan que los problemas se relacionan con el sistema administrativo, estructural y económico en su conjunto, y no en los individuos únicamente. (Ishikawa,1998, p.72)

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

R.I. Lee y W Jones (citado en Vázquez, 1996, p. 27), aportan propuestas destinadas estudios en las cuales describen bases para conceptualizar una adecuada atención médica con relación a tres componentes para la atención en salud, enfocadas en el modelo de atención médica:

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

Ishikawa (1989) en su libro “Guide to quality control” propone siete herramientas básicas para el mejoramiento continuo; argumenta que es necesario comprometer a toda la organización en todos sus niveles por medio de diagramas y matrices de datos, (FODA) desarrolladas por los japoneses, en donde identifican como “el medio necesario para enfrentar la nueva era de la calidad”, basando el análisis en los errores, aciertos y debilidades de la institución. Integran el concepto de “reingeniería” que pretende diseñar nuevamente los procesos de organización y empresa para la completa satisfacción de las expectativas del cliente.

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

- La capacitación técnica profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Reducción a niveles mínimos de las lesiones producidas por la atención
- Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad de los servicios de salud (Moraes, 1993)

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

Desde 1997 para América Latina, entre las Funciones Esenciales de Salud Pública, se considera una estrategia para la medición y mejora de la salud de la población, a partir de que el Comité Ejecutivo de la OMS, recomendó aplicar como punto de apoyo la renovación de la política de la Salud para Todos en el 2000, donde una de las once categorías que se definieron fue para el tema de la calidad denominada “La seguridad de la calidad en los servicios de salud” (Alcántara, 2012, p. 12).

En 2004 la OMS crea la Alianza Mundial por la seguridad del paciente con la finalidad de buscar las dimensiones de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados, México se adhiere a esta alianza mundial a través del programa de Seguridad del Paciente.

Las diversas investigaciones sobre calidad en el ámbito internacional han evolucionado teórica y metodológicamente, dependiendo de las necesidades y los

contextos económicos, políticos y sociales de los diversos países. Sin embargo, las expectativas que se tienen con relación a la calidad aún no han sido logradas, las manifestaciones de preocupación por el bienestar de los pacientes o clientes, dependiendo el enfoque metodológico, siguen sumando esfuerzos, considerando que la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos, de responsabilidad social e integridad.

2.5.2 Antecedentes Nacionales

La necesidad por mejorar los servicios de salud en nuestro país es un tema que se remonta a finales de la década de los 50, cuando se iniciaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), específicamente en el hospital La Raza donde se inicia un programa de evaluación de calidad en salud con la revisión de expedientes clínicos, y es hasta 1972 cuando se forma una comisión de supervisión médica que evolucionó para convertirse en un área destinada a la evaluación médica. La finalidad estaba relacionada con sistematizar diversas actividades de evaluación y seguimiento de los programas implementados en el trabajo en equipo; se logró conjuntar esfuerzos inter y multidisciplinarios que permitieron buscar resolver los grandes problemas de bienestar de la calidad de vida de los mexicanos. (Barquín, 1980)

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

En 1972, el concepto *auditoría médica* es modificado por el de *evaluación médica*; la Subdirección General Médica del IMSS publica un fascículo de “instrucciones” para la evaluación de la calidad de la atención, adoptado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y por el ISSSTE. (Barquín, 1980)

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

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

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

En 1983, los Institutos Nacionales de Salud por su parte, establecieron sistemas de evaluación de la calidad de la atención, destacan los primeros círculos de calidad desarrollados en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA (Ruelas, 1983). Se implementan dichos círculos en hospitales de alta especialidad del IMSS, y en el Hospital General “Adolfo López Mateos” del ISSSTE.

A finales de la década de los 80, el Consejo de Salud Pública pone en práctica manuales de autoevaluación para los estados en los que se llevó a cabo la descentralización de servicios de salud a población abierta, se introdujeron elementos de análisis que se relacionan con la situación de la estructura hospitalaria, la satisfacción de los usuarios y proveedores de los servicios médicos. En 1987, con la Secretaría de Salud, el grupo Interinstitucional de Evaluación unificó criterios acerca de la calidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud, en donde se determinaron las variables:

- Accesibilidad
- Oportunidad y atención integral al paciente
- Satisfacción del prestador de servicios

En 1989 se creó en el Instituto Nacional de Salud Pública la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la atención a la salud, con lo que se dio impulso a la educación sobre el tema y asesorías a diversas instituciones del sector público y privado en diferentes regiones del país y en América Latina. (Ruelas, 1993)

En las dos décadas (setenta y ochenta) se enfocaron los esfuerzos a la elaboración de planes y programas de evaluación de los servicios de salud, con el fin de aprovechar los recursos y lograr metas.

Es hasta la década de los 90 cuando se logra identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios de salud, que se caracteriza por el reconocimiento explícito de una calidad.

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

En lo que respecta al sector privado en ese mismo año surge la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud que en coordinación con la International Society for Quality in Health Care, organizan el “IX Congreso Mundial de Calidad en Servicios de Salud” (Ruelas,1993) realizado por primera vez en un país de América Latina; entre los ponentes se contó con la presencia del Dr. Avedis Donabedian y Genaro Vega con resultados de la evaluación de unidades de atención; y Vouri de la OMS con perspectivas regionales de la garantía de la calidad, entre otros; trabajos que describen las posturas en cuanto a modelos de atención (Calidad en Salud, Donabedian y calidad total, Deming).

La preocupación por los servicios de calidad tomó auge con la campaña presidencial de Carlos Salinas de Gortari que identifica por primera vez los conceptos de “Calidad y Calidez” reforzando el interés y la necesidad de poner atención al sistema de salud, enfocado a la relación interpersonal entre el usuario y el prestador de servicios.

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

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

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

A partir de 1997, las investigaciones relacionadas con la calidad aumentaron considerablemente, por la importancia y preocupación que se tiene en cuanto a la

atención que reciben los pacientes, la satisfacción del prestador de servicios y de la institución.

En el sexenio 2001- 2006 uno de los ejes principales del Plan Nacional de Salud era “Eleva la calidad”; para ello se desarrolla la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud, con el objetivo de elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país que sean claramente percibidos por la población. (Romero, 2004)

En 2001 el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” realizó una investigación, enfocada desde la perspectiva del usuario de diferentes servicios; en él contemplan la atención recibida por Trabajo Social, donde la opinión de la población fue favorable, el estudio se realizó con cuestionarios de auto aplicación enviados vía correo postal y el porcentaje de respuesta fue bajo (25%) “lo que obliga a realizar investigaciones continuas sobre la calidad de los servicios”. (Velásquez 2002, p. 21)

En 2004 en el mismo Instituto se realiza la primera evaluación destinada a la percepción de la atención de los trabajadores sociales en el Instituto con recomendaciones respecto a la atención interpersonal que se ofrece sin seguimiento específico y en 2011 se evalúa lo concerniente a la atención técnica sin tomar en cuenta la percepción del usuario. (García, 2011)

Las políticas sobre calidad implementadas por el gobierno federal, reconocen la necesidad de capacitar al personal de salud que proporciona servicios, a partir de la corriente con enfoque empresarial o de “Calidad Total” que se encontraban a la vanguardia; en el contexto internacional en lo que se refiere a los servicios de salud donde la lucha por la competencia es prioritaria.

En 1999 se retoma el proyecto de certificación de Hospitales a partir de metas internacionales y estándares de calidad establecidos por el Consejo de Salubridad General, e instituciones evaluadoras privadas.

En el 2000, a partir de las evaluaciones recuperadas por la Secretaría de Salud de 200 unidades de salud relacionadas con la satisfacción del usuario, las evaluaciones técnicas, y las certificaciones realizadas con por el Consejo de Salubridad General en los sectores públicos y privados ponen en evidencia los retos a seguir: enormes variaciones en los niveles de calidad técnica e interpersonal entre los estados, instituciones y niveles de atención, la calidad de la atención dependía de la suerte que las personas tuvieran de acudir a una institución de calidad y la percepción de calidad el nivel era muy bajo. (Alcántara, 2012)

De 2001 al 2006 se crea la Secretaría del Consejo de Salubridad General, en 2007 se propone elevar la evaluación a nivel internacional conforme a los estándares de la Joint Commission Internacional que evalúa las funciones centradas en el paciente, la organización y la estructura con las funciones que ésta tiene de los servicios de salud.

En 2002 se implementa el Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud que pretende impulsar la mejora global de la calidad en las instituciones de salud, mediante el modelo de Gestión de Calidad y programas innovadores para mejorar la calidad de la atención.

En 2004, como parte de los proyectos de calidad que se enfocan a la percepción social del usuario, surge Aval Ciudadano, que a partir de grupos organizados de la sociedad civil participan en la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud.

De 2007 a 2012 la Secretaría de Salud implementa el Sistema Integral de calidad en salud (SI CALIDAD) como continuidad de la Cruzada.

En 2007, con el Programa de Seguridad del Paciente (SS/DGCES, 2007), se pretenden implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad del paciente con 14 líneas estratégicas donde se considera a los trabajadores sociales para que se incorporen a los programas docentes y de posgrado en una materia dedicada a la calidad en los servicios de salud. A la fecha no se ha logrado que se integren temas de calidad como parte del diseño curricular de las instituciones educativas que forman a los trabajadores sociales; los temas de calidad que se proporcionan se dan a partir de diplomados de administración de los servicios de salud, (Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, a través del Centro de Educación Continua, y el Colegio de Trabajadores Sociales de México A.C.); sin embargo, la evaluación de la calidad que se revisa no se centra en el quehacer profesional específico del trabajador social si no en las metodologías que se desarrollan en materia de calidad.

En 2008 la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Dirección General Adjunta de Técnica y Presupuesto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) emitió la Norma para la Aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, que incorpora a los trabajadores sociales para el pago de estímulos anual. Los criterios de evaluación consisten en la opinión del trabajador, de su superior y de sus compañeros y los usuarios, la calidad técnica y de atención médica, capacitación y educación continua, productividad, aptitudes, participación activa en los programas de mejora continua en su unidad de adscripción; hasta el 2011 se tenía registrado a 1553 trabajadores

sociales ganadores del estímulo que incluyen las 32 entidades federativas, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Centros de Integración Juvenil. (Arellano, 2012)

Uno de los sesgos del programa cuando se trata de la evaluación del trabajador social es que este estímulo es de libre inscripción, sólo se otorga a un porcentaje del personal adscrito por institución y, en ocasiones, el personal que se inscribe es quien reúne las evidencias y, por lo tanto, la evaluación que hace el usuario del profesional de Trabajo Social es la persona que el personal decide y se lo da a quien atiende con la mejor calidad para tener la cédula de evaluación; esto no apoya a la seguridad o la calidad de la atención y, mucho menos, a la monitoria continua de la evaluación, sin embargo es un avance en materia de evaluación de calidad.

El Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) con respecto al tema de la calidad pretende como objetivo garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud con independencia de su condición social o laboral, garantizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas y concretar un sistema de certificación para asegurar la calidad.

Francisco Hernández citado en Alcántara (2012, p. 14) resume que en México los esfuerzos de calidad han pasado por cuatro etapas:

1. Calidad centrada en el resultado que favoreció la productividad de las acciones.
2. Atender procesos mediante el control estadístico.
3. Conocimiento y satisfacción de los usuarios donde se acredita la certificación de Hospitales.
4. En la actualidad la calidad se centra en la gestión de calidad operada por gestores de calidad focalizada en la satisfacción de los usuarios externos e internos.

Las evaluaciones relacionadas con la calidad de la atención han aumentado considerablemente, debido a los enfoques establecidos en materia internacional y nacional donde se especifica la necesidad de desarrollar la estrategia de calidad.

2.6 Modelos de evaluación de la calidad de la atención

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

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

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

Algunos otros están relacionados directamente con el aumento de los beneficios y mejoras continuas en las relaciones interpersonales (modelo de atención a la salud), así como el impacto social para la población con respecto a su estado de salud, donde la calidad total será lograda si es posible cambiar las actitudes de los profesionales y se trabaja constantemente en formar una cultura de calidad entre la población.

Existen modelos relacionados directamente con la mercadotecnia, donde la calidad total se logra con la satisfacción del usuario, mejorando así la demanda y garantizando la afluencia de personas y, por lo tanto, la permanencia de la institución que se encuentra compitiendo constantemente con el libre mercado y diversas instituciones que persiguen el mismo fin.

En las evaluaciones que se realizan independientemente de la visión teórico metodológica se buscan elementos que contemplen modelos específicos de la calidad centrada en:

- a) Actos y procedimientos técnicos.
- b) Las expectativas del paciente / cliente y su familia.
- c) Como herramienta gerencial.

Las personas que son evaluadas en cada caso son distintas; los primeros, son los profesionales de mayor capacitación académica; en el segundo caso, los

usuarios de los servicios y, en el tercero los que conducen y administran los sistemas de salud; cada enfoque requiere de técnicas y procedimientos diferentes, sin embargo no son excluyentes, por el contrario, cada uno aporta elementos que permiten mejorar errores y planear acciones.

La calidad puede ser evaluada sistémicamente bajo tres grandes dimensiones:

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

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

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

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

Es importante identificar que la perfección de un servicio puede parecer inalcanzable, sin embargo se requiere de una “cultura de la calidad” que sobresalga en cualquier institución. (Donabedian, 1995)

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

2.7 Teorías de la Calidad

Debido a la diversidad de formas de evaluar la calidad de la atención, se hará un breve recorrido por los modelos teórico metodológico de la calidad existente que permitan tener una visión integral de las diferentes visiones y filosofías que evalúan la calidad.

2.7.1 Calidad Total

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

Este modelo es considerado como un proceso técnico, científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de los servicios de salud, con el alto grado de utilización de los mismos, excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen; se pretende ampliar la atención médica convertida en un bien de consumo competitivo y rentable de acuerdo con la eficiencia que se logre. (Malagón 1999)

Los principales representantes en el desarrollo de la calidad total y mejoramiento continuo basados en la empresa son Edwards W. Deming (considerado del padre de la calidad), su filosofía se basa en descubrir mejoras en la calidad de los productos y servicios, sostiene que a mayor calidad, menores costos que es igual a mayor productividad.

J.M. Jurán, sostiene que la calidad es la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente; Kaoru Ishikawa, que argumenta que la calidad se desarrolla a partir de diseñar, manufacturar y mantener el producto de calidad que sea más económico, útil y siempre satisfactorio para el consumidor por lo tanto “la calidad no cuesta, lo que cuesta es la no calidad.” (Ishikawa, 1998, p. 72)

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

continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos.

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

Para este modelo los costos forman parte de la definición de calidad, porque para el cliente, precio y calidad están interrelacionados, de esta forma, el control de los costos se convierte en un elemento necesario para asegurar la satisfacción del consumidor y, en consecuencia, para generar ventas y éxito financiero.

Las deficiencias de la calidad se manifiestan por la no calidad, ocasionada a causa de una mala planeación del diseño y producción de bienes y servicios, que finalmente generan un costo mayor.

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

- a) Clientes externos
- b) Clientes internos

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

En el segundo grupo se toman en cuenta trabajadores de la salud, administradores y dirigentes o dueños de los servicios, pero como interdependientes, es decir que habrá calidad si cada unidad de producción interna entrega a los demás servicios completos y sin demoras o errores, de lo contrario un error puede modificar la calidad de un producto o un servicio (Ishikawa, 1998).

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

La evaluación y el monitoreo se realizan como un ciclo de actividades y estrategias específicas; actualmente se utilizan diferentes métodos para trabajar las auditorías y monitoreo en los servicios de salud, enfocados en planeación estratégica que incluye fortalezas y debilidades (FODA O DOFA); los resultados obtenidos dan cierta precisión tanto en la evaluación y explicación de la calidad, así como en la toma de decisiones. Establece que la calidad es una serie de cuestionamientos hacia la mejora continua y deben cumplirse con las expectativas del usuario y proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades, debe prevalecer en la empresa la filosofía del respeto, confianza y trabajo en equipo.

El proceso metodológico a seguir parte de la ubicación de los problemas y llevar a cabo el proceso de “reingeniería” que intenta el cambio organizacional para la mejora continua y, por consiguiente, la calidad total. (Lowenthal, 1999)

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

En México se adoptó este modelo en materia de salud, con el fin de lograr mayor calidad de los servicios, bajo dos perspectivas fundamentales:

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

La satisfacción del paciente, usuario o cliente es más bien producto de la globalización y privatización ligada a la competencia entre sistemas de cobertura, de tal suerte que aquellos que no logren la calidad necesaria, tienden a desaparecer o ser reemplazadas. (Lowenthal, 1999)

A la fecha, el modelo se considera como un sistema de calidad empresarial relacionado con la mejora continua, se trata que la organización a través de la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes, empleados y propietarios, y de la sociedad en general por medio del uso eficiente de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y de sistemas logren la plena satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos.

La calidad se consigue no solo diseñando, ejecutando y evaluando el proceso (calidad intrínseca) sino modificando la impresión que los usuarios tienen de la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas (calidad percibida); es desarrollar un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la organización. (Malagón, 2006)

2.7.2 Modelo de Calidad en Salud

Con un enfoque sistémico, en los 60's Donabedian sistematiza el abordaje de la calidad para el ámbito de la salud, se contraponen a que la auditoría se estableciera fundamentada en los gastos desde los términos contables y administrativos; el modelo médico o de atención a la salud, denominado así por el autor surge con el fin de evaluar la calidad de la atención de los servicios, utiliza técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área de la salud.

A diferencia del modelo industrial (calidad total) en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en este modelo se coloca especial atención en el desempeño de las unidades asistenciales, de modo que los integrantes son los que hacen el mayor aporte a la población; para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema, sino de conductas. (Donabedian, 1984)

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

Propone el análisis para medir el grado de calidad alcanzado en comparación con lo deseado (ideal, posible, básico, óptimo); identifica la calidad en lo técnico-científico, la interrelación profesional-usuario, así como la satisfacción del paciente y proveedor, centra la evaluación a partir de las tres dimensiones que desarrolla en su modelo de evaluación: estructura, proceso y resultado, diversas investigaciones de las evaluaciones de calidad existentes (Aguirre G, 1990; González, D., 1994;.Barquín, C., 1980;.K. Donahue,.1993) se centran en el modelo propuesto en la este modelo que puede esquematizarse de la siguiente manera: **(Fig. 1)**.

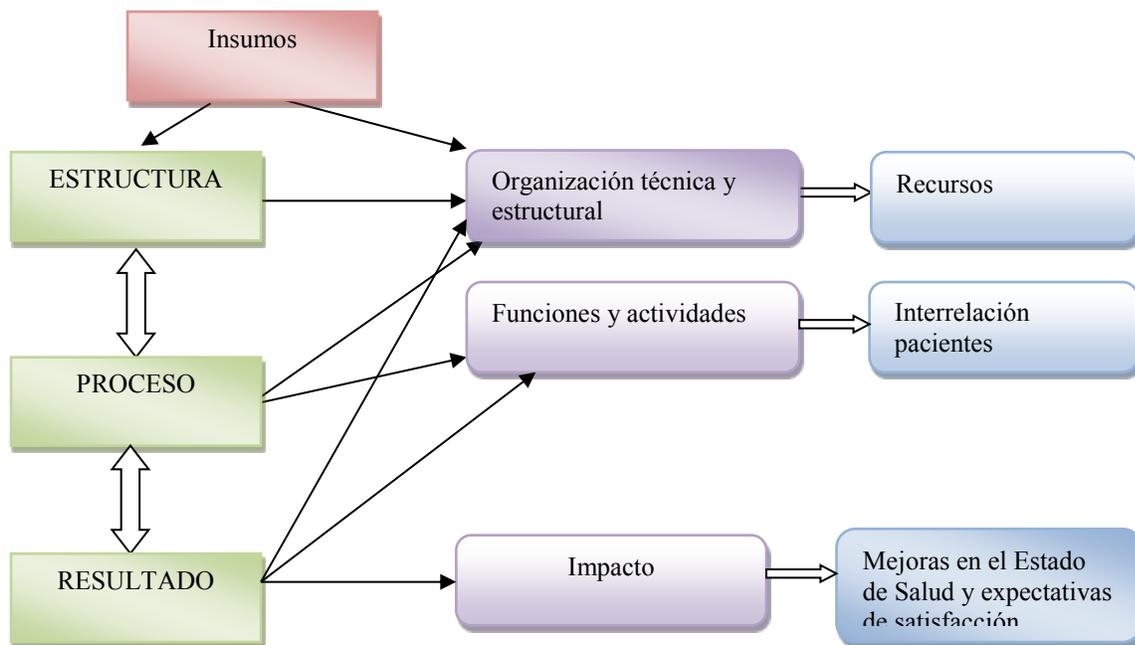


Fig. 1. Modelo de calidad de la atención Donabedian

Fuente: Elaboración propia.

Plantea que para evaluar la calidad se deben considerar los siguientes elementos:

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

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

Las evaluaciones sobre la estructura deben considerar elementos como:

Habilitación: implica que la institución hospitalaria cuente con los elementos necesarios para su operación de acuerdo a las normas y reglamentaciones existentes.

Categorización: tiene que ver con la clasificación de los servicios de salud, en niveles de atención, con relación con las tecnologías disponibles.

Acreditación: se trata de la evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiene calidad de la atención a través de estándares previamente aceptados, dependiendo de los niveles de satisfacción (OPS, 1991)

b) **Proceso**: Se relaciona con la serie de actividades secuenciales metodológicas que se llevan a cabo entre pacientes y profesionales; la calidad del proceso está definida como el comportamiento normativo, abarca elementos y/o atributos como:

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

Este enfoque se basa en el supuesto de que si todas las etapas de atención se aplican correctamente (el conocimiento técnico y la tecnología de la que se dispone), es probable que la calidad sea mejor que si no se aplica; en esta etapa las evaluaciones deben realizarse de manera interna a diferencia de las administrativas que se enfocan a la evaluación del uso de los recursos institucionales donde se involucran las áreas de planeación, contabilidad y administración que deben ser externas.

Algunas de las evaluaciones del proceso que se han realizado están encaminadas a:

- Revisión de expedientes clínicos: Consiste en la revisión de los expedientes que expresan la actividad realizada por el profesional de la salud a partir de las evidencias documentales; se ha utilizado la observación participativa, o usuarios simulados que permiten tener un acercamiento directo con el proceso para poderlo evaluar.
- Características de la conducta del proveedor en el manejo de la salud y la enfermedad.
- Actividades diagnósticas y de tratamiento, uso de fármacos, sangre, productos biológicos, cirugías.

c) **Resultado:** Se entiende como el producto o impacto en el usuario, las evaluaciones pueden ser de carácter clínico como las mejoras en el estado de salud poblacional, y las mejoras en las relaciones interpersonales entre el prestador del servicio (médico, paramédico, administrativo o de apoyo) y el usuario, se identifica las expectativas, reflejado en la percepción general de la atención recibida, se valoran por medio de encuestas de opinión que considera, entre otros, los siguientes aspectos:

- El trato recibido por el profesional.
- Ambiente y confort de las instalaciones como temperatura, privacidad, comodidad, limpieza, funcionalidad, señalización.
- Información adecuada del personal de salud.
- Material administrativo suficiente: hojas, sellos, fichas de pase, por nombrar algunas.
- Suficiente personal de salud en número y capacidad técnico científica, adecuadas al nivel que se otorga.
- Satisfacción de los resultados, impacto. (Aguirre, 1990)
- El nivel de salud alcanzado a través de indicadores de mortalidad o morbilidad.
- Adquisición de conductas de los individuos o familias que pueden influir en la salud.
- Satisfacción de los individuos y sus familias.

El conjunto de estos atributos permite integrar en un solo marco los beneficios, costos y riesgos de los servicios médicos, los aspectos técnicos e interpersonales, así como los diversos niveles de análisis de la atención proporcionada; Donabedian (1984) argumenta que la calidad es una actividad dinámica, continua y exhaustiva de identificación permanente de fallas en las acciones y procedimientos cotidianos, los cuales deben revisarse, actualizarse y publicarse rutinariamente.

En este modelo, los profesionales de la salud actúan bajo un contrato social muy diferente del que regula los negocios o la industria; por una parte, son responsables del bienestar de los individuos y, por la otra, del bienestar social, encaminados a lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y las necesidades fundamentales de la relación entre los costos y la calidad (Donabedian, 1993), basados en tres dimensiones: técnica, interpersonal y estructural que, en su conjunto, hacen evidente el grado de calidad con que se otorgan los servicios a la población.

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

puede traer consigo riesgos a la salud, el grado de calidad es favorable cuando existe un equilibrio entre el riesgo y beneficio.

B) Dimensión interpersonal: se refiere a la interacción social y económica que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios, involucra una actitud de atención e interés por servir por parte de éste, pero además el respeto y la cordialidad mutua que deben enmarcar la relación. Se toma en cuenta la responsabilidad de actuación, la imparcialidad en las decisiones, veracidad de información, claridad de lenguaje y discreción absoluta como factores que contribuyen a que dicha relación sea satisfactoria; se da a partir de expectativas y aspiraciones de los pacientes, se mide por el grado de apego a los valores, normas y aspiraciones personales e institucionales.

C) Dimensión estructural: aborda las amenidades como el material, infraestructura, luz, recursos materiales, involucra las características del lugar en que se propicia el servicio; incluye las condiciones físicas y de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.

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

Se pretende ampliar la valoración de la calidad de manera que incluya “no sólo la contribución médica a la atención de la salud sino de todos los proveedores del paciente y su familia.” (Donabedian, 1993. p 28.)

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

La evaluación y el monitoreo está dado por estándares generados internamente y sometida a revisiones periódicas que son claves para mantener el proceso y los resultados para detectar errores, tomando en cuenta:

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

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

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

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

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

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

La necesidad constante por mejorar los servicios desde esta perspectiva obliga a los profesionales a darse cuenta de la importancia del trato humano, sea cual sea la situación que se presente sin importar el nivel socioeconómico del paciente, lugar de origen, credo; cada uno es importante por el simple hecho de estar vivo. Así, “la salud es una misión, una empresa moral y científica, pero no una empresa comercial en sí misma, no se está vendiendo un producto, no hay realmente un cliente que entienda un todo y hace elecciones de compra, por el contrario el profesional debe entender que su labor es una suerte de ética y vocación.” (Donabedian, 2001, p. 3)

Desde este modelo la satisfacción puede verse como el juicio del usuario sobre la calidad o la “bondad” de la atención, representa la evaluación del servicio, concierne a los escenarios, amenidades, tratamiento técnico, características de la atención interpersonal, consecuencias fisiológicas, físicas y psicológicas o sociales del cuidado; una suma y un balance subjetivo de estos juicios detallados. (Donabedian, 1984)

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

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

2.7.3 Modelo de Certificación de Hospitales: Consejo de Salubridad General

En México, debido a la necesidad de coadyuvar a la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes en instituciones públicas y privadas, se determina la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, a cargo del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM) (que representa la segunda autoridad sanitaria del país); define a la certificación como “el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención Médica, que participan de manera y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes” (Consejo de Salubridad General, 2009, p. 8), con la participación de la Joint Commission Internacional (JCI) se integra una cédula de evaluación para auditar Hospitales constituyendo estándares internacionales homologados por la JCI que evalúa los procesos centrados en la Seguridad de los pacientes, Calidad de la atención Médica, Seguridad Hospitalaria, Normatividad vigente y Políticas Nacionales Prioritarias, con el objetivo de “Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno.”(Consejo de Salubridad General, 2012, p. 11)

De acuerdo con los estándares para la certificación de Hospitales que emite el Consejo de Salubridad General en 2012¹, la evaluación es concebida a partir de tres ejes: las metas internacionales para la seguridad del paciente, los estándares centrados en el paciente y estándares centrados en la gestión de establecimientos de atención médica, mediante procesos de auditoría; que son inscripción y autoevaluación, auditoría, dictamen.

Las metas internacionales para la seguridad del paciente identifican áreas de alto riesgo en los hospitales y describen soluciones basadas en evidencias y conocimientos de expertos; las metas son:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar Cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

¹ La metodología de la evaluación con los estándares de medición detallados, así como los requisitos para que un hospital pueda ser certificado bajo este método se encuentra disponible en línea en el manual de proceso para certificación de Hospitales disponible en:

<http://www.csg.salud.gob.mx/contenidos/certificacion2010/hospitales> (consultado el 17 de enero 2014)

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

En cuanto a los estándares del paciente, se consideran:

- Acceso y continuidad de la atención
- Derechos del Paciente y su familia
- Evaluación de pacientes
- Servicios auxiliares y de diagnóstico
- Atención de pacientes
- Anestesia y atención quirúrgica
- Manejo y uso de medicamentos
- Educación del paciente y su familia

Los estándares centrados en la gestión son:

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente
- Prevención y control de infecciones
- Gobierno, liderazgo y dirección
- Gestión y seguridad de las instalaciones
- Calificaciones y educación del personal
- Manejo de la comunicación y la información

Los estándares definen las expectativas de desempeño, estructura o procesos que deben estar implementados en la institución para poder hablar de calidad.

La escala de evaluación se hace a partir del cumplimiento del estándar en la siguiente escala:

- NA no tiene valor, es cuando no aplica el estándar en la institución
- Cero (0) Significa que no cumple
- Cinco (5) Cumple parcialmente
- Diez (10) Cumple totalmente

La vigencia de la certificación es de acuerdo a la calificación general del cumplimiento solicitado.

Si se obtiene calificación general aprobatoria entre 5.0 y 5.9 la vigencia es de un año con el compromiso de acreditar el siguiente año con una evaluación superior a 5.9.

Si la calificación es de 6.0 a 8.9 la vigencia es de dos años con el mismo compromiso de subir la evaluación mayor a 8.9

Cuando la evaluación es mayor a 9.0 la vigencia es de tres años con la misma regla de los dos anteriores.

Si en cualquiera de los tres casos la institución no cumple con incrementar la evaluación tendrá un plazo de seis meses de lo contrario no será acreditado.

El Consejo de Salubridad General (2013) reporta que al 11 de diciembre se contaba con certificación del 0.6% de instituciones públicas y privadas a nivel nacional, y 123 se encontraban en proceso de certificación.

Si se considera que en México existen 20,664 unidades médicas del sector salud, y 3,140 unidades privadas con servicios de hospitalización, (SINAIS, 2007) el número de instituciones que se interesan por la certificación es aún muy reducido.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el 03 de diciembre de 2013 logró la certificación por dos años, lo que refiere que la institución cumple con los estándares solicitados por el modelo.

Debe ser claro para los sistemas de salud que la calidad no se incrementa con solo cumplir con los estándares planteados, es una filosofía que se determina a partir de la identidad de las organizaciones y de sus servicios; no es algo fortuito, debe estar implicado en todas las estructuras que conforman a la organización, es un proceso de trabajo que implica el compromiso de las áreas directivas y del personal en un todo integrado que es lo que pretende este modelo de evaluación.

Cada uno de los modelos aquí planteados, en suma, son esfuerzos encaminados a la mejora de los servicios de salud y la evaluación de las acciones permite tener mejoras graduales en los sistemas de atención. Sin embargo, en los modelos planteados, no existen evaluaciones que se enfoquen la quehacer del Trabajo Social específicamente, sólo se considera la integración de algunos documentos o la información que se debe dar de acuerdo a cada institución y criterios establecidos.

2.8 Percepción del usuario en la calidad de la atención

La evaluación desde la percepción del usuario ha pasado por diferentes momentos, desde la mera percepción del trato recibido en el momento de la asistencia mediante encuestas a pacientes después de la hospitalización hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención como la facilidad de acceso a los servicios, provisión de la información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad entre los diferentes niveles de atención.

La dimensión percibida o calidad percibida es la evaluación que realizan los pacientes de la calidad asistencial que han recibido de las instituciones donde demandan el servicio, “son percepciones subjetivas en realidades objetivas, de aquí la importancia de identificar las necesidades y las expectativas de los pacientes y de conocer su opinión para que toda la organización trabaje y se implique en la búsqueda de su satisfacción” (Díaz, 2002); es un factor que afecta y modula la atención técnica, en los procesos y los resultados.

El usuario para la institución debe ser la razón de ser del servicio y la persona más importante para la institución, no depende de la institución, la institución depende de él y es quien tiene la última palabra en cuanto a la calidad con la que son atendidos; sin embargo cuando se habla de calidad de la atención en instituciones públicas es bien sabido que las personas que no cuentan con seguridad social y opciones para elegir otro servicio de salud, por cuestiones socioeconómicas, educativas y culturales, se conforman con simplemente ser atendidos aunque se violen sus derechos, reciban respuestas agresivas o tenga tiempos de espera indefinidos, no importando el trato que se les dé, pensando que es un “favor” la atención y no un derecho, mientras que las personas con mayores posibilidades económicas y nivel cultural exigen mejores servicios de salud.

La impresión del usuario, respecto a la calidad del servicio recibido, supone necesariamente la comparación entre sus expectativas y la percepción del resultado obtenido y debe ser evaluada partiendo de que la percepción de la calidad dependerá de las características de los pacientes y variará con la edad, el sexo, el nivel educativo, socioeconómico y los cambios del estado de salud. (Caminal, 2001)

Para poder evaluar la calidad desde los usuarios se recomienda hacerlo mediante técnicas de investigación destinadas a conocer determinados aspectos de la atención, mediante encuestas del grado de satisfacción que permiten analizar su percepción y evaluación que le da a la calidad (Díaz, 2002), puede ser detallada y concierne a los escenarios, beneficios, tratamiento técnico, características de la atención interpersonal, consecuencias fisiológicas, físicas y psicológicas o sociales

del cuidado o la atención técnica; la suma y balance de estos juicios detallados representa el nivel de calidad proporcionado.

La perspectiva que cada uno de los pacientes forma del servicio es considerada como un indicador confiable para evaluar la calidad de la atención. (Donabedian, 1984)

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

En calidad el usuario cumple diversos roles, dentro de los procesos de evaluación son los definidores de la misma, informantes a otras personas del trato recibido, coproductores de la atención, ejecutan la garantía de calidad, controlan a los prestadores y son capaces de reformar el servicio.

Amén a esta lógica y debido a la importancia del usuario, se han desarrollado diversas acciones, con la finalidad de mejorar la comunicación entre la población y las instituciones, de manera que se logre tener sistemas abiertos que permitan espacios de expresión directos para la mejora continua.

El Diagnóstico que presenta el Programa Sectorial de Salud 2013- 2018, (Diario Oficial de la Federación, 2013 p. 9) cita a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE 2012) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006 y 2012) que determinan “la percepción de la calidad en la atención es mayor en el sector privado”, la población decide utilizar estos servicios pues los percibe con mayor calidad o enfrenta problemas de acceso a servicios públicos”, documentan que las personas que se atienden en establecimientos privados lo hacen aun contando con cobertura de aseguramiento público y que el problema principal se encuentra en el primer nivel de atención.”

Un esfuerzo por rescatar la percepción del usuario en la calidad de la atención en México es el programa de Aval Ciudadano con representación en 10,511 unidades de salud que integra opiniones de avales ciudadanos con derechohabencia y población abierta; de las 119,382 sugerencias que se emiten de 2007 al mes de abril de 2013 se enfocan en hacer mejoras en cuanto al trato, información, tiempos de espera, medicamentos, confort e instalaciones. (Cáliz, 2013) El Instituto

Nacional de Neurología, no cuenta con avales ciudadanos que evalúen los servicios proporcionados.

El resultado de las diferentes investigaciones centradas en la evaluación de los usuarios ha permitido proporcionar indicadores sobre el sistema y la posibilidad de encontrar áreas de mejora en la atención.

CAPÍTULO TRES

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

“MANUEL VELASCO SUÁREZ” (INNN)

3.1 Niveles de atención en el Sistema de Salud en México

Debido a la diversidad y complejidad de enfermedades existentes, el Sistema de Salud en México, está estructurado de manera funcional en tres niveles de atención que permiten atender a la población realizando funciones específicas, sin dejar de mantener una relación directa entre los tres niveles; pueden ser públicos o privados, donde se atiende población derechohabiente o sin derechohabiencia (población abierta), para comprender la importancia del tercer nivel de atención es necesario identificar las características específicas de las unidades médicas, las cuales se encuentran divididas de la siguiente manera:

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

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

Tercer nivel: La atención proporcionada en estas unidades es una red de alta especialidad; entre ellos se encuentran los Institutos Nacionales de Salud, se desarrollan actividades de restauración y rehabilitación de la salud a los usuarios, referidos por los otros niveles con problemas de salud que no pueden ser atendidos por el primero y segundo nivel. Se atienden padecimientos de alta

complejidad diagnóstica y de tratamiento, que requieren aquellos pacientes con enfermedades complejas; por el nivel de especialidad con el que se cuenta son de gran importancia a nivel nacional e internacional en investigación y equipo médico.

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

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

3.2 Antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía



Fig. 2. Toma aérea del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Fuente: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (2014), recuperado de:
<http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/instituto.html>

“El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” es considerado como uno de los principales centros dedicados al estudio de las ciencias Neurológicas. Al ser concebido inicialmente como una institución donde se cultivan con la misma importancia académica las tres principales divisiones de las neurociencias clínicas: Neurología, Neurocirugía, y Psiquiatría, Se trata de una de las contadas instituciones en el mundo que se dedica de manera exclusiva a la investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales”(Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2008, p. 5), pertenece al tercer nivel de atención. **(Fig. 2).**

Surge a partir de la necesidad de atender a la población con problemas del sistema nervioso central así como instalaciones y recursos humanos especializados en las enfermedades neurológicas en los años cuarenta dan como resultado la propuesta de crear el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN): El 27 de febrero de 1952 el presidente de la República C. Lic. Miguel Alemán Valdés decreta la creación de un Instituto dedicado especialmente al área neurológica, en terrenos que actualmente ocupa el Centro Médico, sin embargo el proyecto no fue llevado a cabo; ocho años después el presidente de la República C. Lic. Adolfo López Mateos impulsa la formación del Instituto en febrero de 1964, fundado por el Dr. Manuel Velasco Suárez, con la finalidad de convertirlo en un centro de asistencia, docencia e investigación de las neurociencias, y el 2 de agosto de 1988 se convierte en un organismo público descentralizado.

El Instituto está ubicado en la Av. Insurgentes Sur # 3877 Col. La Fama, Del. Tlalpan, consta de una superficie mayor a los 40,000 m². En la actualidad, a 50 años de su creación, es el principal centro de referencia para enfermos del sistema nervioso, que no cuentan con algún sistema de seguridad social.

Ha sido dirigido por médicos de alto prestigio desde su fundación hasta la fecha, entre los cuales se encuentran al Dr. Francisco Escobedo Ríos, Dr. Francisco Rubio Donnadieu, Dr. Jesús Rodríguez Carvajal, Dr. Julio Sotelo Morales y su actual directora Dra. Teresa Corona Vázquez.

El Instituto es una entidad médica con gran trayectoria académica y goza de gran prestigio en todo el país, gracias a las investigaciones realizadas en padecimientos neurológicos y psiquiátricos; es a su vez la única institución en México que integra todas las áreas clínicas y de investigación relacionadas con las ciencias neurológicas y clínicas: Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría; el Instituto se enfoca de manera exclusiva a la investigación, enseñanza diagnóstico y tratamiento de la enfermedades cerebrales.

La misión de Instituto es desarrollar investigación básica, clínica y socio médica en la esfera de las neurociencias, coadyuvar a la formación de recursos humanos de alta especialidad y brindar atención profesional de excelencia a pacientes con padecimientos del sistema nervioso. (Carpeta Gerencial, 2013)

De acuerdo al Informe de Rendición de Cuentas del Instituto 2006-2012, se atiende a más de 6,000 nuevos pacientes por año, proporciona cerca de 90,000 consultas y más de 2500 procedimientos quirúrgicos anuales, cuenta con 126 camas censables y 36 camas no censables.

Los datos de la Subdirección de Recursos Humanos del (2014) muestran que el INNN cuenta con 1,279 trabajadores, de los cuales 994 son de base, 229 de confianza, cinco eventuales, y 57 residentes que se encuentran integrados en seis

subdirecciones, las cuales coordinan 52 Departamentos orientados a proporcionar servicio las 24 horas del día, los 365 días del año.

Además, el Instituto participa en actividades de investigación y docencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y con Universidades del extranjero, la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras organizaciones que mantienen intercambio científico; ha sido sede de congresos nacionales e internacionales, con la participación de especialistas en las ciencias neurológicas, actualmente forma parte de los 13 Institutos Nacionales de Salud existentes en el Distrito Federal.

3.3 Organigrama

La estructura institucional (**Fig. 3**) consta de una Dirección General de la que se desprenden las siguientes áreas: Dirección Médica, Dirección de Investigación, Dirección de Enseñanza y Dirección de Administración, que coordinan diversas subdirecciones y Departamentos:



Fig. 3. Organigrama del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Fuente: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Manual de inducción para residentes de nuevo ingreso, 2010.

Dirección Médica

Coordina las funciones asistenciales, que son acreditadas por el Consejo de Salubridad General, es la encargada de proporcionar atención médica en consulta externa y hospitalización, El sistema está integrado por la Dirección y seis Subdirecciones que son: Consulta Externa, Enfermería, Neurología, Psiquiatría, Neurocirugía, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento; actualmente está integrada por 91 especialistas y sub especialistas, 371 enfermeras y 318 profesionales técnicos paramédicos (entre ellos Trabajo Social), y de ramas afines, además de 136 médicos residentes inscritos en 2004.

Dirección de Investigación

Entre las funciones primordiales se encuentra la investigación del Sistema Nervioso; tiene como misión promover la investigación básica, clínica y sociomédica, así como formar recursos en el área de las neurociencias; cuenta con ocho Departamentos y 26 laboratorios. (INNN Guía Institucional 2011)

Dirección de Enseñanza

Integrada por una subdirección y cuatro Departamentos, es la encargada de la formación de médicos especialistas y enfermeras por medio de tres especialidades y cinco subespecialidades en ciencias neurológicas; junto con la coordinación de instituciones de educación superior, realizan actividades de capacitación al personal.

Dirección de Administración

Implementa, aplica y controla el sistema administrativo de los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos del Instituto, establece las normas y lineamientos para su operación, se integra por cuatro subdirecciones que son Recursos Humanos, Financieros, Recursos Materiales y Servicios Materiales.

3.4 Plan de Calidad del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Debido a la necesidad de mejorar los servicios de salud y que el INNN acreditara la certificación, se desarrolló un “Plan de Mejora de la Calidad y seguridad del paciente” (2013) que incluyó el modelo de estándares de Certificación que puede resumirse en el siguiente Modelo (**Fig. 4.**):



Fig. 4. Modelo de Calidad, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Fuente: INNN Plan de Mejora de Calidad y Seguridad del Paciente en el INNN, 2013.

Para lograrlo se llevaron acciones como cursos de capacitación a las diferentes áreas que componen el Instituto, se capacitó a supervisores de calidad, además de dar capacitación sobre los estándares y metas internacionales al personal del Instituto en los diferentes turnos.

3.5 Trabajo Social en los Institutos Nacionales de Salud

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

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

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

La atención médica en el tercer nivel de atención se caracteriza por atender padecimientos de alta especialidad, donde en varias ocasiones las personas han pasado por un camino largo de visita con médicos e instituciones de primer y segundo nivel antes de ser referidos a la alta especialidad lo que implica a las familias gastos en medicamentos, pago de consultas, traslados a las instituciones donde son referidos y desgaste emocional y social. En algunos casos, pérdida de empleo y cambio de roles para cuidar a la persona que requiere de la atención integral y multidisciplinaria de acuerdo al rol que desempeñaba la familia, el ciclo vital, la edad, por mencionar algunas circunstancias.

En los Institutos Nacionales de Salud, se atiende a población que preferentemente no cuenta con seguridad social, bajos recursos económicos, que difícilmente pueden acceder a la atención privada que le permita decidir sobre dónde quisiera atenderse, supeditado al trato y los tiempos que se le asignen para su atención, además que existe un costo en la atención que en ocasiones les es imposible cubrir por la condición social en la que se vive.

Frente a este panorama, la necesidad de integrar Trabajo Social en los Institutos fue casi desde el origen de los mismos; el Hospital Infantil de México es donde se tiene los primeros registros de los trabajadores sociales donde se integraban inicialmente de manera empírica (Valero, 1994) y poco a poco se incorporaron profesionales con estudios desde nivel técnico hasta posgrado, o los ya existentes han logrado obtener mayores grados académicos, que ha respondido a las necesidades sociales y educativas que requieren los Institutos.

Sin embargo, la excesiva demanda que existe dentro de los Institutos de salud, el nivel de profesionalización existente heterogéneo en Trabajo Social y la falta de conocimiento real de las capacidades, funciones y actividades de los trabajadores sociales, han limitado a lo largo de los años la intervención del profesionista; se enfocan las acciones en muchas ocasiones a realizar trámites administrativos, relacionados prioritariamente a la atención asistencial y dejando atrás la investigación social y la enseñanza considerando a Trabajo Social solo como una función de apoyo en la atención médica y no como parte de la atención integral que permite dar un abordaje social a los pacientes y sus familias.

Algunas de las actividades que realizan los trabajadores sociales en los Institutos nacionales son:

- Realizar el estudio socioeconómico, visto como un trámite necesario para la asignación de niveles socioeconómicos y no como el análisis de las determinantes sociales y familiares que impactan en la salud.
- Debido a los requerimientos institucionales, se da mayor prioridad a realizar papeleo, por encima de la atención social, sin importar el impacto dentro de las familias o seguimiento de casos.
- Valorar la capacidad de pago de los saldos por la atención médica por internamientos o para cirugías y procedimientos médicos y no como un derecho de protección a la salud, sino como un trámite administrativo.
- Se realiza gestión de recursos para cubrir materiales, insumos y pagos institucionales.

Algunas de las limitantes que se presentan son:

- Los instrumentos y bases estadísticas realizadas por Trabajo Social, no son aprovechados ni sistematizados totalmente para evaluar acciones y actividades de las áreas de Trabajo Social, la información es utilizada por otras áreas sin dar el crédito correspondiente.
- El plan de acción se fundamenta en las posibilidades personales del paciente y el apoyo en redes primarias y secundarias es de uso limitado o en ocasiones los otros profesionales de la salud no hacen caso del mismo.
- Las acciones encaminadas a la promoción y educación a la salud no son tomadas en cuenta para identificar las limitaciones de los pacientes y su familia, así como las necesidades que tienen los familiares en cuanto a la capacitación y conocimiento para el abordaje de la enfermedad.
- Se cree inadecuadamente que el trabajador social, es capaz de resolver cualquier duda del usuario, funcionando erróneamente como área de informes.
- La plantilla de profesionales es reducida sin contar que todos los pacientes que acuden a los Institutos en algún momento han tenido que asistir al área de Trabajo Social.

La práctica profesional y los esfuerzos por desarrollar actividades metodológicas y el reconocimiento profesional, son parte de una lucha constante, existen aún

muchos rezagos que deben ser superados. Existen también avances metodológicos importantes los cuales deben ser sustentados con la mayor calidad posible, con criterios de evaluación y estandarización además de publicaciones que den conocimiento de la importancia de la investigación e intervención social de los usuarios.

En materia de calidad, debido a que existe un fuerte desconocimiento de los modelos que evalúan la calidad con respecto a las capacidades profesionales, las funciones y actividades que realizan los trabajadores sociales y la importancia de la contribución a la atención integral que no sólo contempla a los médicos y personal de enfermería, no es una disciplina que sea auditada con criterios específicos de estructura, proceso o resultados de atención en los modelos, sino es considerado cómo *áreas afines* que tienen que buscar los indicadores de evaluación que les corresponde para ser evaluado.

Los trabajadores sociales mismos evalúan la calidad de los servicios de otras disciplinas donde se incluyen al Trabajo Social (Jiménez, 2004; Vázquez, 1993; Calzada, 2010), sin evaluar la calidad específicamente de las funciones y actividades de la disciplina, además que en algunas instituciones no existe estandarización de procesos o procedimientos -en algunos casos ni de metodologías-, logrando gran heterogeneidad entre los servicios al interior de la institución; el proceso depende del conocimiento del profesional encargado del servicio o del turno asignado, situación que no permite la medición de las dimensiones de calidad antes mencionadas.

En la actualidad los esfuerzos para evaluar la calidad de los trabajadores sociales se ha desarrollado debido a la necesidad de certificar las instituciones de salud, obligando a revisar procesos, elaborar manuales de procedimientos y encuestas de calidad sobre la percepción de los usuarios externos e internos.

Trabajo Social en los Institutos debe responder a las exigencias sociales que se presentan en materia de salud, así como ser líder en los procesos de investigación en materia de calidad que permitan implementar modelos de evaluación al primero y segundo nivel de atención.

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

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

3.6 Departamento de Trabajo Social en el INNN

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

3.6.1 Antecedentes

El Departamento surge como parte del personal administrativo, dependiendo directamente de la Dirección de Salud Mental, posteriormente se incorpora al organigrama del Instituto dentro de los programas al apoyo institucional, dependiendo directamente de la Subdirección Técnico Administrativa, específicamente en el área de Servicios paramédicos; inicia con seis trabajadoras sociales adscritas, las cuales se incrementaron periódicamente conforme al crecimiento y necesidades de la institución; la jefatura ha estado a cargo de personal técnico en Trabajo Social como Arcelia Blando, Isis Campero, María de los Ángeles Cardoso Gutiérrez; y en 2002 se integra la primera licenciada a la jefatura del Servicio Georgina Volkens Gaussmann, que en 2010 acredita el grado de Maestría en Medicina Social. **(Fig. 5)**



Fig. 5. Jefa del Departamento de Trabajo Social del INNN 2015

Fuente: Elaboración propia (Jefa del Departamento de Trabajo Social del INNN, 2015).

Actualmente se cuenta con una estructura de personal que consta de 18 plazas de Trabajo Social (que corresponde al 1.4% de la plantilla total de personal) de las cuales 17 están adscritas al área operativa y existe un puesto de confianza (jefatura de Departamento), las 18 plazas son ocupadas por mujeres, todas trabajadoras sociales, el nivel de escolaridad a lo largo de los años se ha incrementado de nivel técnico a licenciatura; en la actualidad existen pasantes y estudiantes de maestría, en algunos casos cuentan con el curso postécnico en Trabajo Social psiquiátrico; tanatología, calidad, administración de los servicios de salud, por mencionar algunos; existe en la plantilla cuatro técnicas, diez licenciadas y cuatro pasantes de maestría, la antigüedad del personal abarca desde cinco hasta más de 30 años de servicio.

En el 2001 con el interés de integrar mayores criterios de profesionalización, investigación y enseñanza entró en vigor un convenio con la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la UNAM y el Instituto, que integra estudiantes de Trabajo Social de licenciatura para servicio social, prácticas escolares y elaboración de tesis. El vínculo se da por terminado en 2010; con el fin de dar seguimiento a las acciones ya desarrolladas se establece una coordinación de enseñanza e investigación en el Departamento y con ello se integran estudiantes del Instituto Politécnico Nacional y el Centro de Estudios Tecnológicos Industrial y de Servicios (CETIS) No. 5 que realizan prácticas profesionales, servicio social, y tesis de licenciatura, que fortalecen el área de enseñanza en materia de la atención social en el tercer nivel de atención.

3.6.2 Organigrama

El Departamento actualmente depende de la Dirección Médica, a cargo del Dr. Miguel Ángel Celis López, la estructura organizacional está determinada por una Jefatura del Departamento, una supervisión, el personal operativo dividido en especialidades y como staff una coordinación de enseñanza, y una secretaria como puede observarse en la **Fig. 6**.

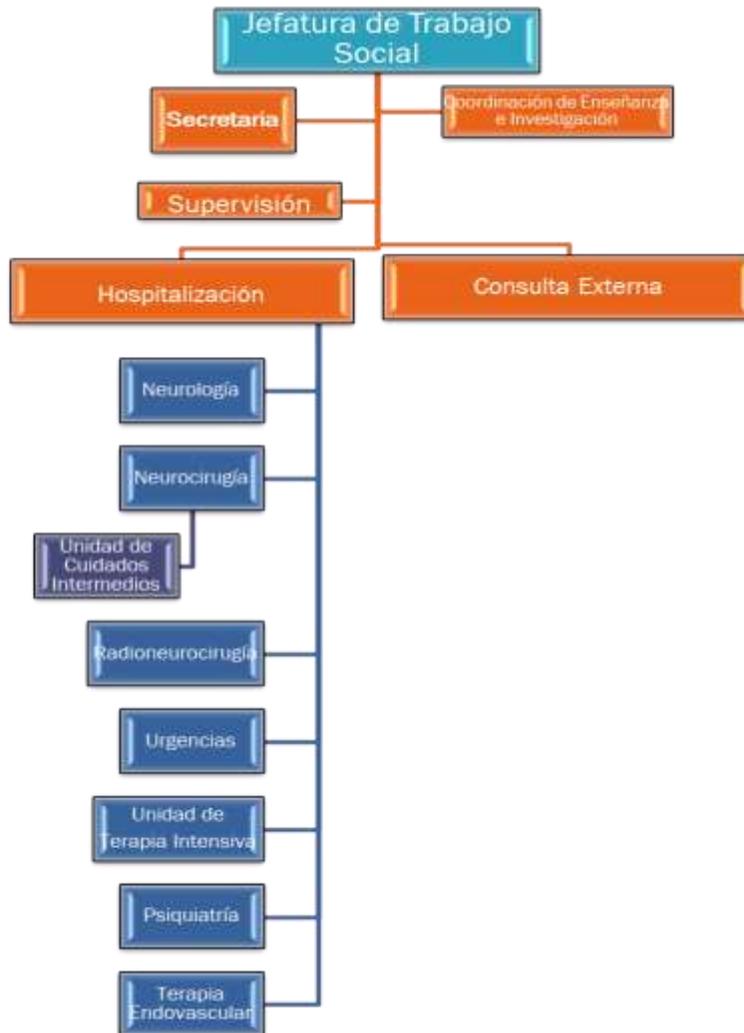


Fig. 6. Organigrama del Departamento de Trabajo Social del INNN 2015

Fuente: Guía Técnica del Departamento de Trabajo Social 2014

El servicio funciona los 365 días del año las 24 horas del día en cuatro turnos:

Matutino, Vespertino, Nocturno y jornada especial (sábados y domingos) tiene como misión:

“Otorgar atención social de excelencia a pacientes con afecciones del sistema nervioso, desarrollando investigación social, así como la formación y capacitación de recursos humanos altamente especializados en el área de Trabajo Social.”

En cuanto a la visión se pretende:

“Brindar atención integral al usuario con calidad y calidez, y mantener un nivel de excelencia en la asistencia, investigación social y la enseñanza, ofreciendo las

mejores posibilidades de diagnóstico y tratamiento social, que a nivel mundial se otorgue en el campo de las neurociencias”. (Carpeta Gerencial, 2014)

3.6.3 Objetivo

“Facilitar los procesos de ingresos- egresos al paciente con afecciones del sistema nervioso que acude al Instituto, a través de un estudio del entorno social, tendiente a lograr una participación activa en la recuperación de su salud.” (Manual de Procedimientos, Trabajo Social 2014)

3.6.4 Funciones

Para poder evaluar la calidad de atención es importante tener un parámetro que permita evaluar las acciones realizadas; para ello, el manual de organización específico (2011), del Departamento identifica las siguientes funciones:

- Proporcionar asistencia y asesoría ambulatoria y hospitalaria en Trabajo Social, a pacientes y/o familiares que acuden en demanda de servicios, en particular a los referidos por el servicio de preconsulta del propio Instituto.
- Brindar ayuda al paciente neurológico en trámites y gestiones que le permitan tener acceso a los servicios médicos, como son los procedimientos de ingreso, carta compromiso, estudio socioeconómico, visita domiciliaria y egreso.
- Establecer el nivel socioeconómico del paciente para delimitar las cuotas de recuperación por los servicios otorgados.
- Participar en la supervisión de la integración y manejo del expediente clínico conforme a la norma técnica.
- Participar en funciones docentes y de investigación en el área de Trabajo Social que permitan la actualización del personal.
- Apoyar la difusión de conocimientos y resultados de las investigaciones.
- Realizar, implantar y controlar el programa anual de actividades del Departamento, así como los manuales de organización y procedimientos específicos.
- Elaborar y analizar informes para generar la información que cumpla con todos los atributos que contribuya a la toma de decisiones en los niveles correspondientes que orienten y modifiquen las actividades.

Las funciones que se llevan a cabo cotidianamente se enfocan en:

- Investigación social de las condiciones socioeconómicas del paciente y su familia
- Asistencia
- Gestión
- Promoción social
- Prevención
- Supervisión
- Capacitación

3.6.5 Actividades

Las actividades se fundamentan en 14 procedimientos que establece el Manual de Procedimientos (2014,) y básicamente están orientados a:

- Asignación del Nivel Socioeconómico a pacientes que ingresan para hospitalización y consulta externa, además de actualizar los estudios socioeconómicos cada dos años.
- Trámites de ingreso y egreso hospitalario
- Proporcionar apoyo institucional se relaciona con el apoyo para subsidiar las cuotas de recuperación por hospitalización
- Reclasificaciones socioeconómicas (ascendentes y descendentes)
- Exenciones de pago
- Visitas Domiciliarias
- Interconsultas a pacientes hospitalizados
- Atención a casos médico legales
- Promoción de donación de sangre y órganos
- Coordinaciones de asistencia social
- Enseñanza en Trabajo Social
- Investigación social

Los procedimientos en el Departamento son una fortaleza, pues independientemente de la especialidad que se atienda el procedimiento es el mismo y está estandarizado para todo el personal.

3.6.6 Estructura

Las amenidades tienen que ver con las condiciones estructurales de las instalaciones, incluyen recursos físicos y materiales con los que se cuenta para dar atención, así como el cumplimiento de los procedimientos pre escritos.

La percepción del usuario puede modificar en cuanto a las “amenidades” que le sean otorgadas aunque esto no es factor fundamental para que exista buena

calidad, de tal manera que las instalaciones podrán ser excelentes y la atención interpersonal deficiente y viceversa.

En el Instituto la estructura con la que cuenta el Departamento de Trabajo Social consiste en una oficina por servicio equipada que facilita la privacidad y el confort en el momento de la atención:

- 1 cubículo para la jefatura
- 1 cubículo para supervisión
- 2 cubículos para consulta externa
- 1 cubículo en el área de psiquiatría
- 1 cubículo para urgencias y Unidad de terapia intensiva (se ocupa por el personal de los turnos vespertino, nocturno y jornada especial)
- 2 cubículos para neurocirugía hombres y mujeres que atienden pacientes de cuidados intermedios y áreas individuales
- 1 cubículo para neurología
- 1 cubículo que se ocupa para el turno vespertino
- 1 oficina con baño para archivo y área secretarial (**Fig. 7**)



Fig. 7. Oficinas de Trabajo Social, hospitalización en el INNN, 2015

Fuente: Elaboración propia

Debido a la necesidad de digitalizar la información se cuenta con computadoras con internet en cada cubículo, y un sistema hospitalario denominado SISHOS, además de comunicación para formatos digitales mediante una red, que permite agilizar y mejorar los tiempos de atención; sin embargo es necesario evaluar la percepción del usuario con respecto a la estructura del Departamento.

En lo referente a la calidad en el INNN se han desarrollado esfuerzos para mejora de la misma; en las investigaciones sobre la opinión del usuario (Velásquez Pérez,

2001a, 2006b) en 2001, consultó a 125 personas vía correo electrónico. La percepción de la calidad que se da a Trabajo Social en el trato recibido, información y solución a los problemas del paciente y familiar, opinión sobre tarifa y pagos asignados fue en promedio de 8.58; en 2006 se realiza una investigación a pacientes que egresaban del área de hospitalización y pacientes atendidos por consulta externa a Trabajo Social se le evaluó sólo en el área de hospitalización y urgencias, se cuestionó sobre la atención proporcionada la evaluación realizada por 158 personas (79 casos en hospitalización y 23 en urgencias) fue que el 75% en hospitalización la consideraba entre buena (33%) y excelente (26%) y para urgencias el 70% daba la misma evaluación.

En 2003 se evalúa la percepción de la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social (García, 2004) a 329 pacientes y familiares que acudieron al Departamento de Trabajo Social, las evaluaciones que se obtuvieron en cuanto al conocimiento del horario de atención el 41% refería no conocerlo, el tiempo de espera para recibir la atención fue entre 0 y 20 minutos, el 74% de las personas consideran que se cuenta con el personal suficiente, el 55% no conoció el nombre de la trabajadora social porque no se lo dijo, 72%, en cuanto al trato recibido y esperado el 67% esperaba ser atendido bien y con amabilidad, el 42% consideró que el trato en relación a lo esperado fue mayor, y el 59% consideró satisfactorio el servicio.

En 2008 re evaluó la calidad del servicio en el área de Terapia intensiva (Calzada, 2010) a partir de la opinión de 29 familiares y representantes legales, donde las personas entrevistadas conocen a la trabajadora social del turno matutino en un 72%, en el turno vespertino el 51.7%; y nocturno el 37.9%. La percepción de la atención para Trabajo Social es de “excelencia para el turno matutino.”

En 2011, como parte de las acciones de mejora enfocadas a la certificación, se evaluó la calidad de la atención técnica del Departamento (García, 2011); se revisaron 138 expedientes sociales donde se encontró que el 92% cumplía con los estándares establecidos, en cuanto a la atención interpersonal el 92% de los casos no recibieron información sobre sus derechos, el 30% no percibe privacidad, el 40% del personal no se presenta con el usuario.

En 2012, enfocados en el conocimiento de los estándares de evaluación que emite el Consejo de Salubridad General, se nombraron tres supervisoras de calidad para Trabajo Social, se realizaron doce juntas para la revisión de estándares y actualización de los manuales de procedimientos, y se conformó una guía técnica.

En cuanto a la estructura se mejoró el confort de las instalaciones, se quitaron muebles que no eran utilizados, se integró mobiliario nuevo, se corrigieron pisos y se pintaron las oficinas, se realizó limpieza de las oficinas conforme a la “plataforma para la calidad y seguridad en el marco de Si calidad”(2007). Donde se codificaron espacios, se clasificó organizó y se realizó la limpieza de las instalaciones conforme lo establecía el modelo.

A los largo de las investigaciones donde se considera a Trabajo Social en cuestión de calidad existen puntuaciones favorables para el Departamento en general, para 2014 y posterior a las acciones de mejora y la certificación resulta fundamental conocer la calidad de la atención que se percibe del Departamento, considerando que el Instituto basa su prestigio en la atención integral de alta calidad y que requiere de acciones de mejora constantes.

CAPÍTULO CUATRO ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con la encuesta realizada a 284 personas que acudieron por primera ocasión al Departamento de Trabajo Social, fue posible obtener la descripción, sistematización y el análisis de los resultados, así como las características que identifican la percepción del usuario con respecto a la estructura, el desarrollo del proceso y resultado del servicio recibido, que permite en su conjunto identificar la evaluación de la calidad y el nivel de expectativas y satisfacción de las mismas.

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

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

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

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

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

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

A continuación se presenta la descripción cuantitativa de cada una de las preguntas del instrumento (se analizó a partir de tendencias, cuadros de frecuencias, porcentajes y gráficas), y el análisis de los resultados; se realizó por medio del programa SPSS versión 22.

4.1 Variables Socio demográficas

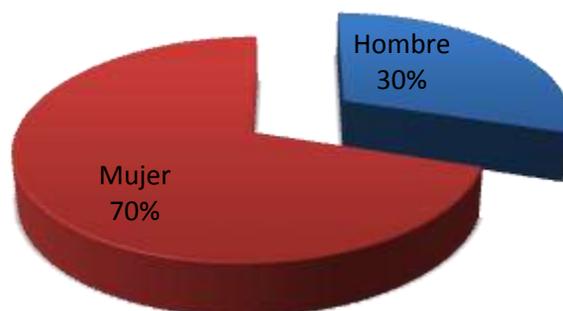


Fig. 8. Sexo

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En la **Fig. 8** se observa que de las 284 personas entrevistadas el 70% son mujeres y el 30% hombres.

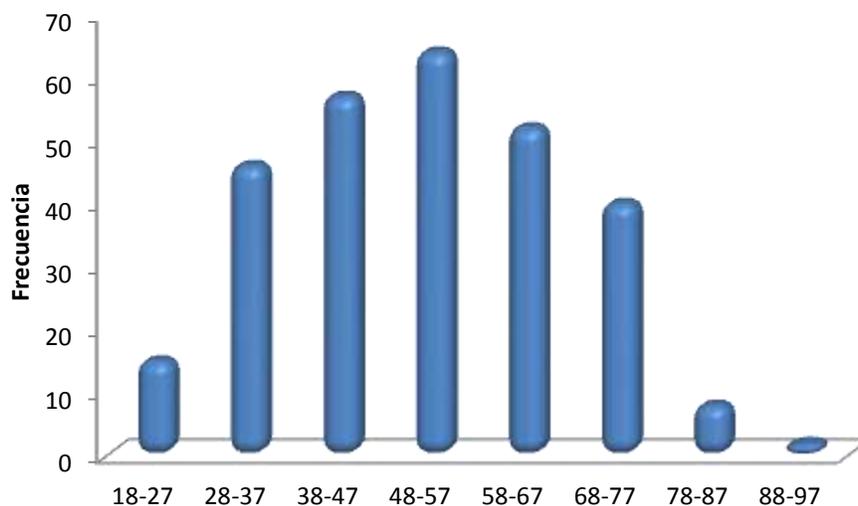


Fig. 9. Edad

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En cuanto a la edad de las personas que contestaron el cuestionario y acudieron al Departamento de Trabajo Social, el 21% se encuentra entre los 18 y 37 años, el 42% son personas de 38 a 57 años y el 35% son adultos mayores. (**Fig. 9**)

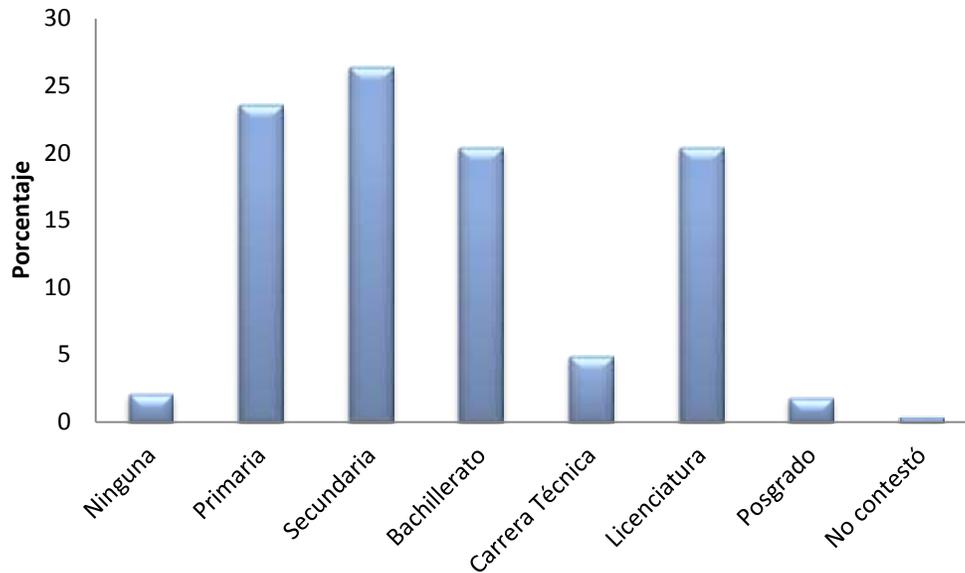


Fig. 10. Escolaridad

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

De las personas entrevistadas el 23% (67 personas) han estudiado la primaria, el 26% la secundaria, el 40% cuenta con estudios de bachillerato a licenciatura; cinco personas refieren tener estudios de posgrado y en seis casos las personas refieren que no cuentan con ningún año escolar y tampoco saben leer ni escribir. (Fig. 10)

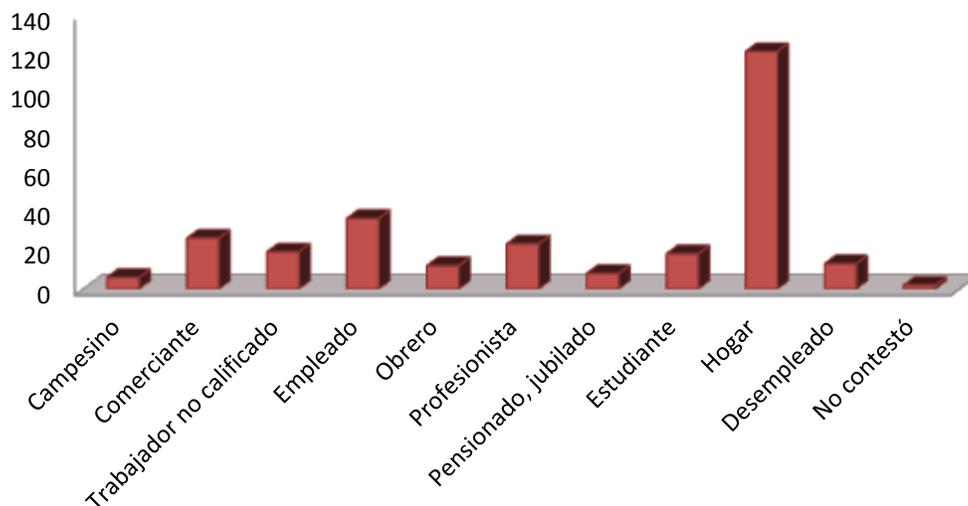


Fig. 11. Ocupación

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En la **Fig. 11** se observa que la ocupación de las personas entrevistadas se divide en: los que tienen remuneración sin un sueldo fijo como son campesinos, comerciantes, trabajadores no calificados y empleados y no cuentan con prestaciones sociales ni seguridad social corresponde al 30% de la población; los que tienen ingresos fijos y seguridad social con un 15% laboran como obreros, son profesionistas o pensionados y jubilados; y las personas que no tienen ingresos ni actividad laboral (53%) y requieren del apoyo familiar para su manutención, lo que destaca como actividad el hogar (42.6%), seguido de estudiantes o personas desempleadas; en dos casos no contestaron la encuesta.

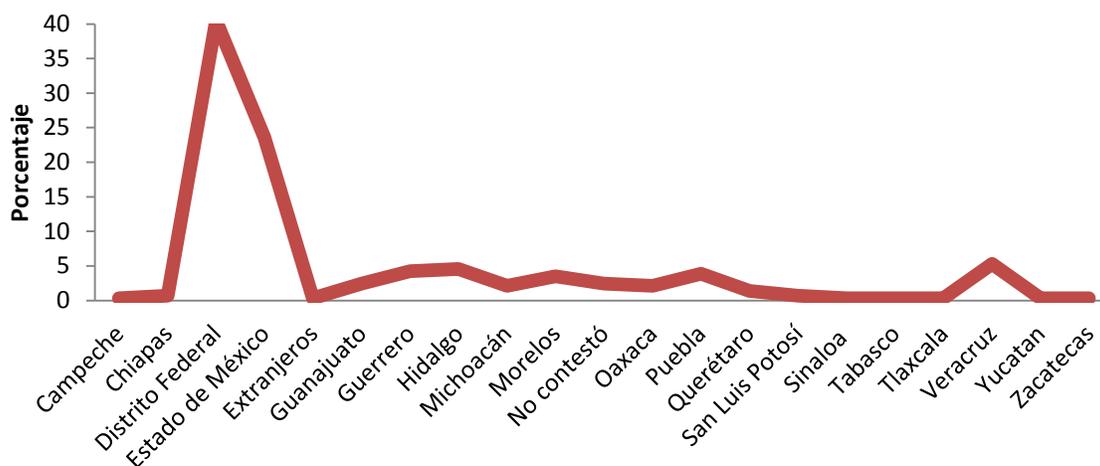


Fig. 12. Procedencia

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En Instituto, al tener cobertura nacional, atiende personas de toda la República Mexicana; de las personas que se entrevistaron y atendieron el 64% son del Distrito Federal y Estado de México (40.5% y 23.6%, respectivamente), el 33.5% son de los diferentes estados de la República donde predominan Veracruz con el 5.3%, Hidalgo (4.6%), Guerrero (4.2%), Puebla (3.9%), Morelos (3.5%), Guanajuato (2.5%) Michoacán (2.1%) y Oaxaca (2.1 %), el resto de los estados (15 personas) provienen de Zacatecas, Campeche, Chiapas, Tlaxcala, Querétaro, Tabasco, Yucatán, Sinaloa San Luis Potosí y se atendió una persona de Perú; siete personas no respondieron. **(Fig. 12)**

4.2 Variables de atención

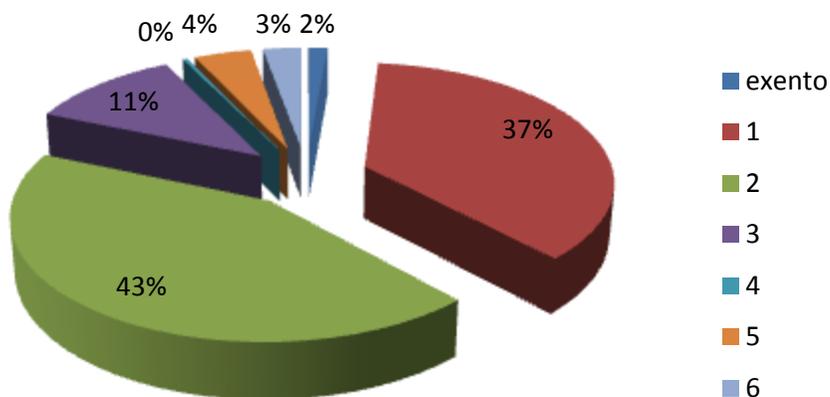


Fig. 13. Nivel Socioeconómico

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Una de las funciones principales del Departamento de Trabajo Social es la asignación del nivel socioeconómico, casi el 80% de la población se encuentra con clasificación uno y dos (37 y 43%), en 32 casos se ha clasificado con nivel socioeconómico tres (11%), y el 7.4 % tiene nivel socio económico del cuatro al seis, en cuatro casos (1.4%) están exentos de pago, en el caso de los niveles cinco (4%), se asigna por tener seguridad social de acuerdo a la política de la institución independientemente de los ingresos que perciba. **(Fig. 13)**

La **Fig. 14** muestra que de las personas que se entrevistaron el 60% fueron familiares y un 40% pacientes que se atendieron principalmente en la consulta externa; en el caso de los pacientes hospitalizados es el familiar quien tiene relación directa de atención con la trabajadora social.

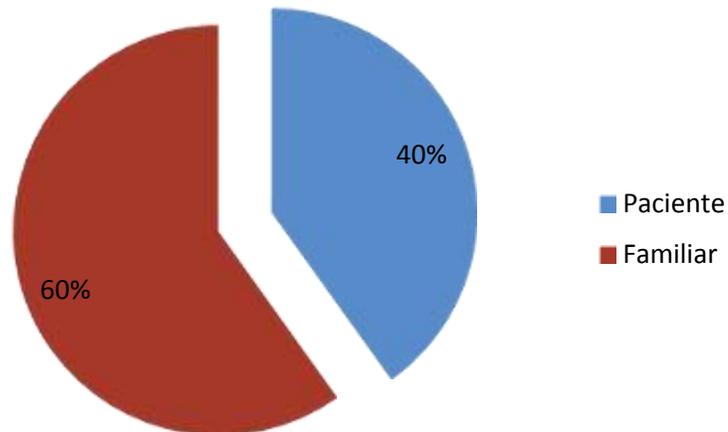


Fig. 14. Persona entrevistada

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

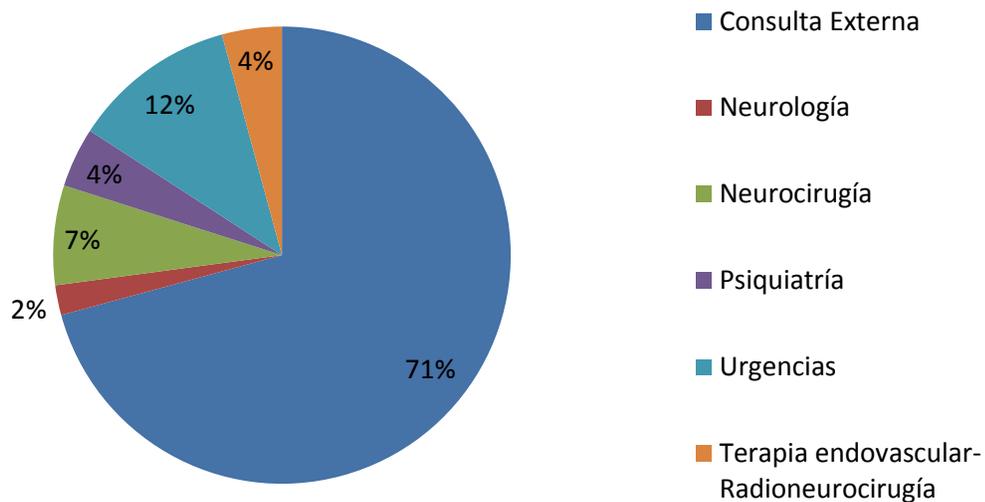


Fig. 15. Servicios de atención

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Los usuarios atendidos de primera vez fueron el 71% de Consulta Externa, el 12% de Urgencias, 7% de Neurocirugía, 4% de Psiquiatría, 4% de Terapia Endovascular y 2% de Radioneurocirugía. (Fig. 15)

El turno de atención fue principalmente en el matutino en 224 casos (78.9%), vespertino en 36 casos (12.7%), nocturno el 22% y sábados y domingos en 2 casos (0.7%), el mayor porcentaje del personal atiende en el turno matutino.

4.3 Estructura

En cuanto a la estructura que concierne al Departamento de Trabajo Social el 97.5% (277 personas) refiere haber encontrado fácilmente las oficinas, al 2.5% de las personas a las que se les dificultó encontrarlas refieren que fue porque no hay señales que indiquen dónde están (1.8%), y que nadie le informó cuando llegaron al Instituto (0.7%); encontraron las oficinas preguntando a las personas que están en salas de espera o los patios.

Con respecto al horario de atención el 65.8% refiere conocerlo, un tercio de la población (33.8%) no lo conoce.

En la **Tabla 2** se muestra que de las personas que no conocen el horario (96), refieren que principalmente es porque no le informaron del horario (34%), no hay letreros que lo indiquen (15%), o no puso atención a si le dieron la información o no (15%), cuatro personas refieren que a cualquier hora lo han atendido, una de ellas refiere fue la atención rápida en la noche, hay quien contesta que no lo sabe sin saber la causa del desconocimiento (4 personas) y el 20% no contestó.

Frecuencia de causas por las que desconocen el horario de atención	
No le informaron del horario	34
No hay letreros que lo indiquen	15
No puso atención	15
A cualquier hora lo han atendido	4
No lo sabe	4
Es la primera vez que asistió a Trabajo Social	2
Fue rápido en la noche	1
No contestó	20
Total	95

Tabla 2. Horario de atención.

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En lo referente al número de trabajadoras sociales que atienden los servicios, más del 80% (237 personas) consideran que es suficiente para atenderlo, mientras el 16% considera que no es así.

Se les preguntó si encontraron a la trabajadora social en su lugar de trabajo y el 93%, dice que “Sí” la encontró, el 7% refiere que no estaba en su lugar, el 95% comenta que al estar la trabajadora social en su oficina fue atendido, y 12 personas (4.2%) comenta que no los atendieron porque la trabajadora social estaba ocupada (dos casos), estaba atendiendo a otra persona (un caso), a tres personas no se les atendió porque era el cambio de turno y esperó hasta el siguiente turno a la trabajadora social, y en dos casos refieren que esperaron mucho tiempo para que llegara la trabajadora social a su oficina y prefirió asistir hasta el siguiente día.

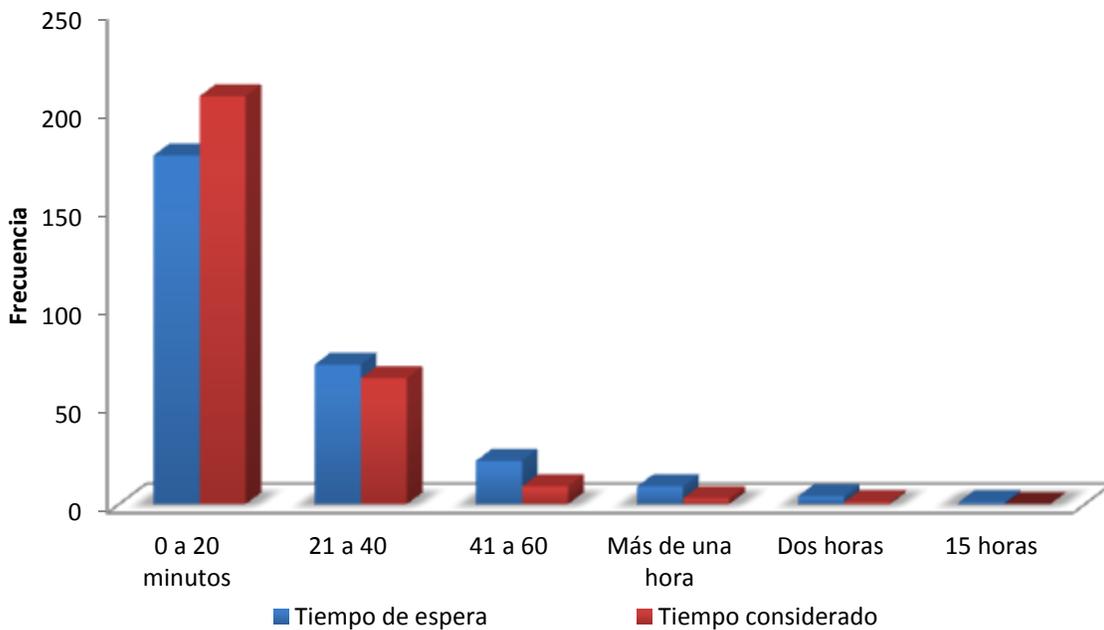


Fig. 16. Tiempos de espera y considerados para ser atendidos

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Uno de los indicadores de calidad en cuanto a las expectativas de los usuarios es el tiempo de espera (**Fig. 16**); para poder recibir la atención y sus expectativas con respecto al tiempo que considera adecuado para esperar, el 62.3% de las personas refieren que tardaron hasta 20 minutos para ser atendidos por Trabajo Social, y el 72% considera que es el tiempo adecuado para esperar; con respecto

a recibir la atención en más de 20 minutos y hasta 40, el 22.5% de las personas considera que es el adecuado, mientras que al 25% de la población se le atendió en ese tiempo, menos del 10% (22 personas) esperaron de 41 a 60 minutos, en tres de los casos consideran que es el tiempo adecuado, cuatro personas esperaron dos horas para ser atendidos y sólo uno de ellos refiere estar de acuerdo con este tiempo de espera, una persona comenta que esperó 15 horas para recibir la atención de Trabajo Social.

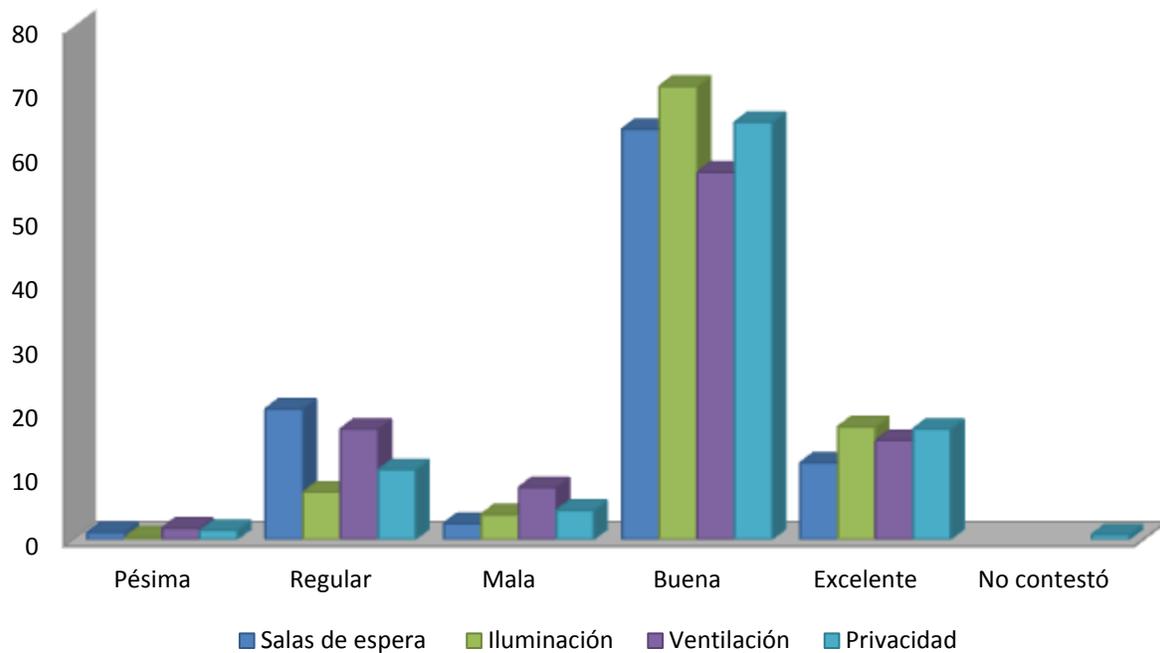


Fig. 17. Evaluación de instalaciones de Trabajo Social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Se pidió a los usuarios que hicieran la evaluación de las instalaciones que son utilizadas para proporcionar atención en el Departamento (**Fig. 17.**), lo concerniente a las salas de espera, oficinas, iluminación, ventilación y privacidad, la evaluación que se dio prioritariamente es “buena” en el más del 60% en salas de espera (64%), oficinas (66.9%) y privacidad (65%), en la iluminación el 70% considera que es buena, y en ventilación el 57.4% dio la misma evaluación.

Menos del 20% consideraron las instalaciones como excelentes dándole mayor puntaje a la iluminación y la privacidad con el 17% seguido de la ventilación (15.5%), oficinas (13.7%) y salas de espera (12%).

Los que consideran que son regulares las instalaciones predominan las salas de espera (20%) y la ventilación (17.3%), seguido de las oficinas y la privacidad 14.8 y 10.9 % respectivamente. 16 personas califican las instalaciones como pésima principalmente la ventilación y la privacidad (5 y 4 opiniones, respectivamente).

En la evaluación por servicios, las oficinas que predominan en opiniones de pésimo a mala en las salas de espera, ventilación y privacidad son las de consulta externa y urgencias.

4.4 Proceso

Uno de los criterios importantes en la atención interpersonal es la presentación del profesional de la salud que atiende al usuario (**Fig. 18**), eso le permite identificar el nombre la persona con quien trata y no sólo lo identifica por las características físicas. En el gráfico 11 se observa que la trabajadora social se presentó en el 92% de los casos, el resto comenta que la trabajadora social que lo atendió no le dio su nombre.

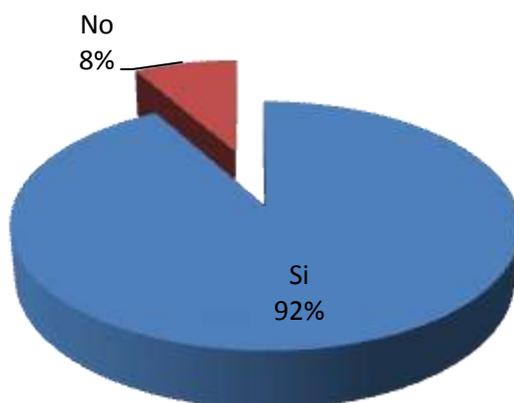


Fig. 18. Presentación de la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Los pacientes y familiares que acuden por primera vez, desconocen los trámites y documentación que debe ser entregada a Trabajo Social para integrar el expediente social, por lo tanto requieren de orientación sobre lo que se debe hacer el 5% refiere que no fue orientado por la trabajadora social. (**Tabla 3**)

¿Le orientó sobre los procedimientos a realizar en Trabajo Social?	
Sí	94.7 %
No	5.3 %
Total	100 %

Tabla 3. Orientación sobre procedimientos a realizar

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En cuanto a las dudas que tiene el usuario con respecto a los trámites que se realizan en el Departamento en el 95% de los casos fueron orientados y 14 personas, (4.9%) comentan no haber sido orientadas, las causas que refieren son porque no preguntó (1.8%), porque la trabajadora social no lo permitió (1.4%), considera que es muy “déspota”, o que la trabajadora social se siente superior a la persona atendida (1.4%) y en uno de los casos refiere que no tenía dudas que requiriera aclarar. **(Tabla 4)**

Si su respuesta fue "No" ¿Por qué?		
	Frecuencia	Porcentaje
No lo permitió	4	1.4
No preguntó	5	1.8
No tenía dudas	1	.4
Es muy déspota	2	.7
Se sienten superiores a nosotros	2	.7
No contestó	2	.7
Total	284	100

Tabla 4 Causas por la que las personas no son orientadas

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Al ser una institución de tercer nivel de atención, los padecimientos que se atienden en el Instituto implican términos técnicos que en ocasiones no logran entender las personas. Se preguntó acerca de la claridad del lenguaje que utilizó la trabajadora social, comentando el 95% que fue claro y para el resto es confuso (4.2%).

El personal que labora en el Instituto se encuentra uniformado, con fines de presentación, en el caso de Trabajo Social además del uniforme se usa bata blanca, se le preguntó a las personas cómo evaluaban la apariencia de la trabajadora social en cuanto a limpieza, uniforme y aspecto. **(Fig. 19)**

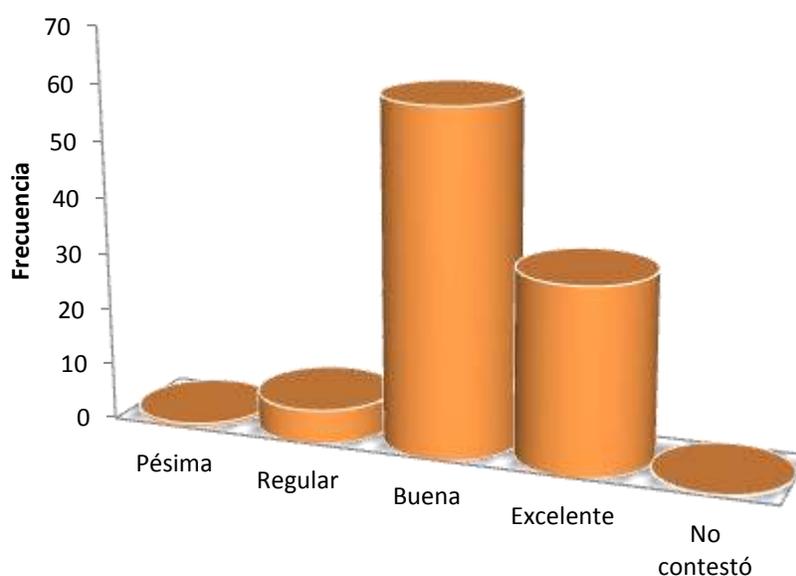


Fig. 19. Aspecto de la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Las evaluación que se le da al aspecto de la trabajadora social en un 60% es de “Bueno”, y el 32% lo considera “Excelente” el 6.7% lo considera de regular a pésimo.

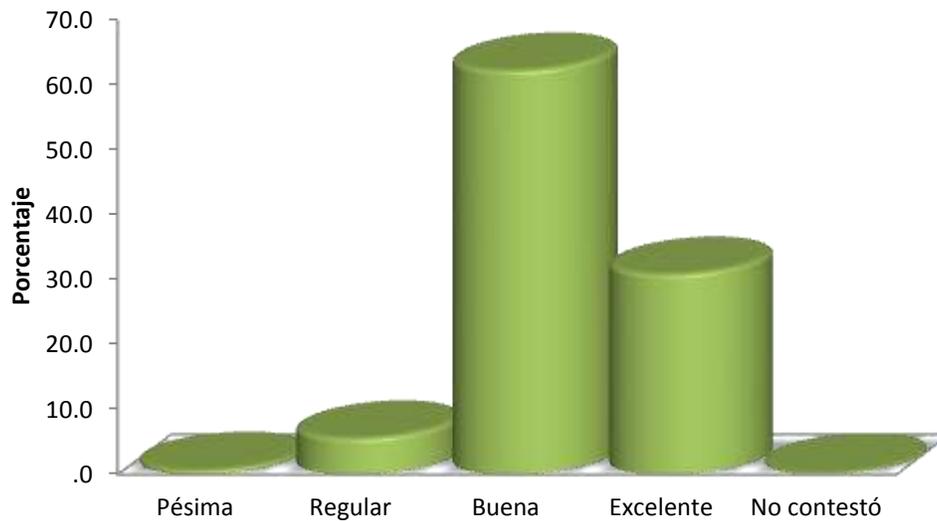


Fig. 20. Limpieza de la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Al ser una institución que proporciona servicios de salud, la limpieza es importante en las instalaciones como en el personal. La evaluación fue en el 62% “Buena”, el 31% “Excelente”. **(Fig. 20)**

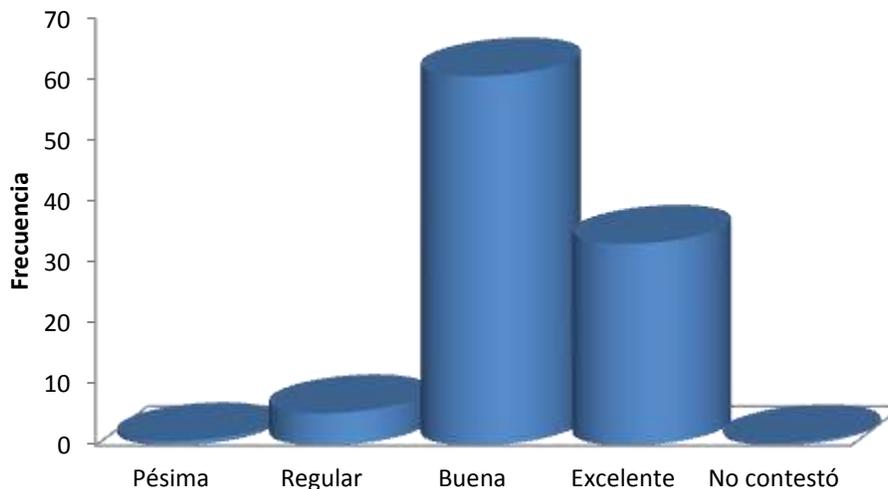


Fig. 21. Uniforme de la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

En cuanto al uniforme (**Fig. 21**), la evaluación mayoritariamente está evaluada entre “Buena” (60%) y “Excelente” (33%), 17 personas consideran que es de pésimo a regular. Es importante mencionar que no todas las trabajadoras sociales se presentan con el uniforme institucional.

Se cuestionó con respecto a la actitud y disposición que tiene la trabajadora social al momento de atender a las personas, la **Fig. 22** muestra que el 89% considera que es de “Buena” a “Excelente” y el 11% considera que de “Regular” (24 personas) a “Pésima” (7 casos).

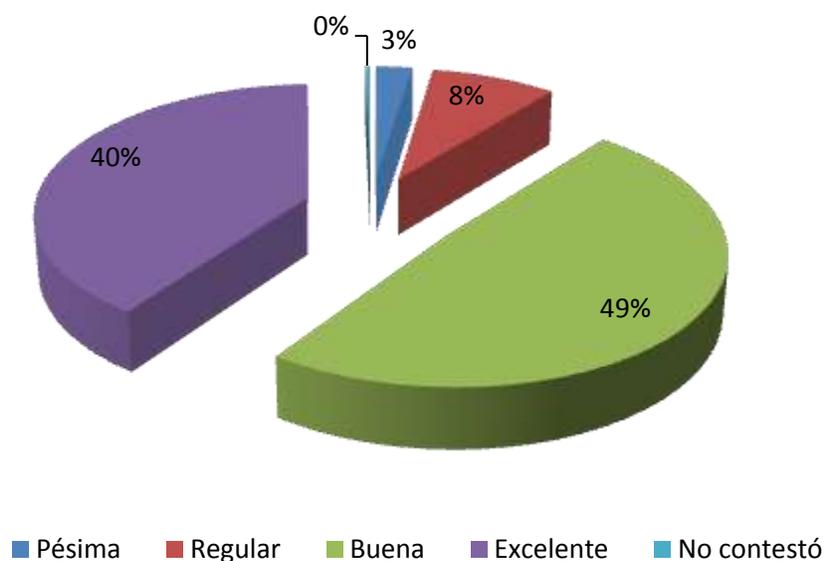


Fig. 22. Actitud y disposición de la trabajadora social para atenderlo

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

La confianza que tengan los usuarios relacionado con la capacitación que tiene el personal que lo atiende es fundamental debido a que facilita el proceso de la atención interpersonal y técnico; más de la mitad de las personas (52%) consideraron que la capacitación es “Buena”, un 39% “Excelente”, el 6% la considera “Regular” y el resto considera que es “Pésima” (1.7%).

4.5 Atención técnica

Uno de los procedimientos que se realizan prioritariamente en los pacientes de primera vez es la investigación de la situación socioeconómica del paciente que permite asignar un nivel socioeconómico; con él se determina el pago que realizará el paciente por la atención que recibe, mediante el estudio socioeconómico. Las personas encuestadas en el 96.5% de los casos refiere que sí se les realizó un estudio, cinco personas comentan que no sabe, cuatro contestaron que no se les realizó y una más no contestó. **(Tabla 5)**

¿Le realizaron estudio Socioeconómico para asignarle el nivel socioeconómico?						
		Sí	No	No sabe	No contestó	Total
		Persona entrevistada	Paciente	109	2	
	Familiar	165	2	3	0	170
Total		274	4	5	1	284

Tabla 5 Elaboración del Estudio Socioeconómico

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Para realizar el estudio socioeconómico Trabajo Social utiliza la técnica de observación y entrevista donde las personas explican su situación social y de salud al momento de ser entrevistados. Al respecto, las personas en el 94% de los casos refieren que “Sí” se les permitió explicar esa situación y 15 personas refieren que la trabajadora social no lo permitió (5%), estaba ocupada (tres casos) una persona refiere que tenía mucho trabajo, o que la trabajadora social es muy cerrada a opiniones (una persona), llama la atención que en un caso refiere que el doctor le ordenó a la trabajadora social el nivel que debería cobrar. **(Tabla 6)**

Si su respuesta fue "No" ¿por qué?		
	Frecuencia	Porcentaje
Tenía trabajo	1	6.7
No lo permitió	8	53.3
Estaba ocupada	3	20.0
Es muy cerrada a opiniones	1	6.7
El doctor le ordenó en qué nivel cobrar	1	6.7
No contestó	1	6.7
Total	15	100.0

Tabla 6 Causas de no expresión de las personas de su situación social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

A los pacientes y familiares se les entrega un tríptico donde se especifican los documentos que deben ser integrados para el expediente social, al 94% "Sí" se le dio la información, 5% refiere que "No", y el resto no sabe si se lo dieron o no **(Fig. 23)**

Como parte de los estándares de calidad se hace hincapié de que los usuarios estén informados de sus derechos al momento de recibir la atención. Se preguntó si la trabajadora social había informado sobre dónde podían consultar los derechos del paciente, el 72% refirió que "Sí", casi un cuarto de la población entrevistada (24.6%) dice que "No", siete personas no lo saben y en un caso no contestó.

En los pacientes que se encuentran hospitalizados, la relación con la trabajadora social es del familiar o del responsable legal que esté a cargo del paciente, se cuestionó sobre la atención técnica con respecto a la información proporcionada.

Entre las orientaciones que se dan al familiar o responsable legal al momento de ser el paciente internado, es la explicación sobre los documentos que deben integrarse al expediente social del paciente, el 95% refiere que "Sí" fue orientado, y el resto comenta que "No" (Gráfico 16); al 88% "Sí" se les explicó dónde y cómo hacer el trámite de no afiliación del IMSS e ISSSTE; el resto (12%), refiere que "No" se le explicó. **(Fig. 24)**

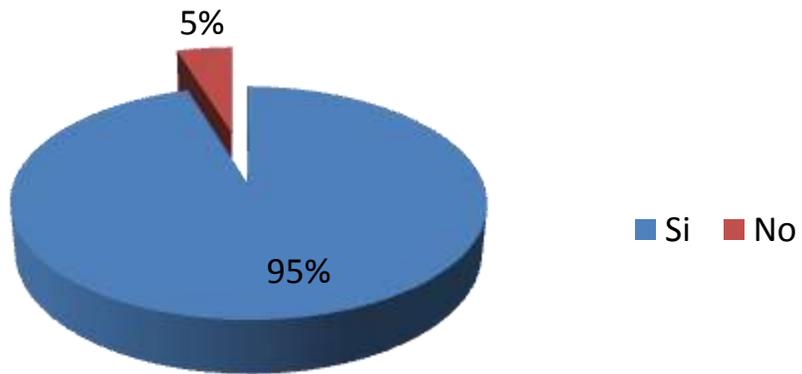


Fig. 23. Explicación de la trabajadora social de los documentos a integrar para el expediente del paciente

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

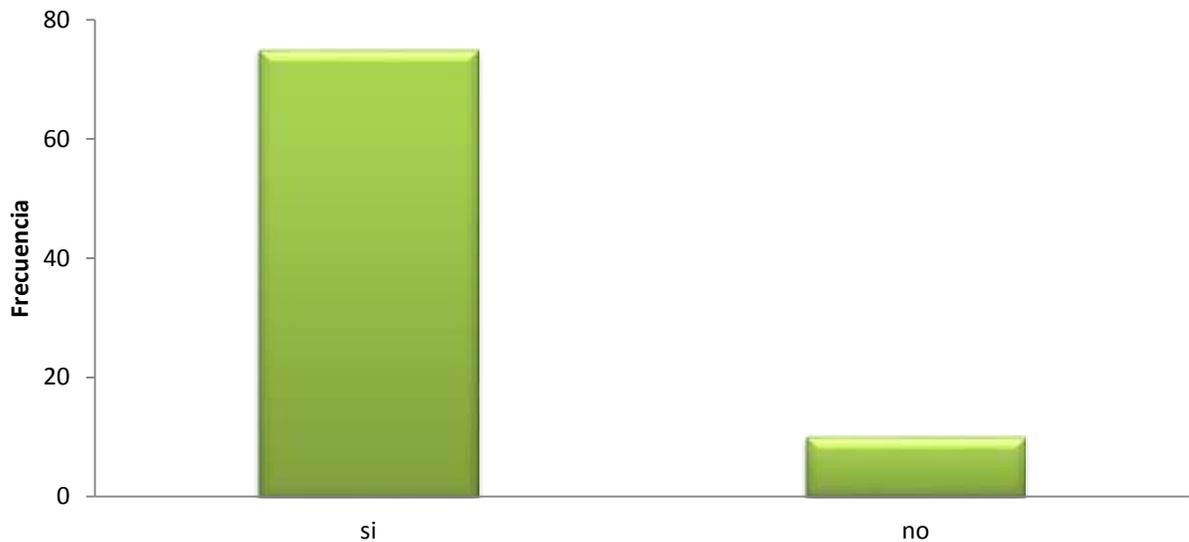


Fig. 24. Explicación de los trámites a realizar con los formatos de IMSS e ISSSTE

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Al momento de internar al paciente se proporciona al familiar un pase de visita, excepto en el área de urgencias, que no tiene un horario de visita establecido. Se le explica al familiar el horario en que puede pasar a ver el paciente y el número de personas permitidas para ingresar al día; al respecto, el 88% de las personas refiere que “Sí” se les proporcionó la información y en 10 casos (12%) refieren que no fue así. **(Fig. 25.)**

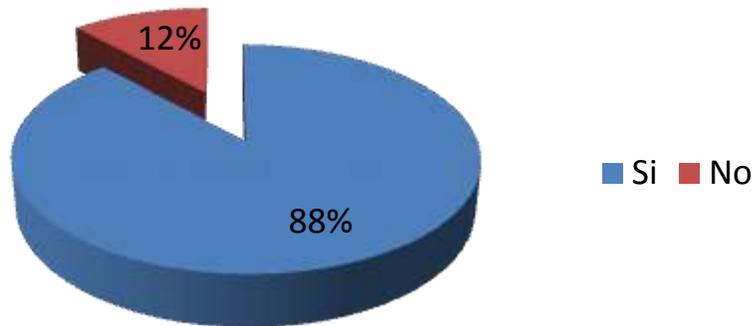


Fig. 25. Información sobre el pase de visita

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Uno de los requisitos al internamiento es la donación de sangre, el 82% refiere que fue informado y un 18% comenta que no recibió información. **(Fig. 26)**

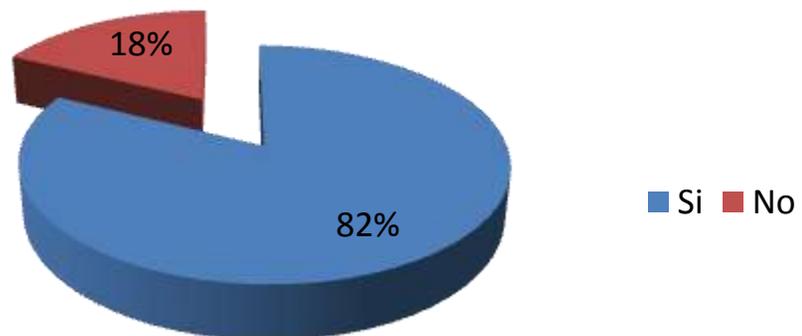


Fig. 26. Información acerca de la donación de sangre

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Debido a la especialidad que maneja el Instituto para la atención médica, en ocasiones se requieren de estudios extra institucionales y se debe trasladar al paciente a otra institución. Trabajo Social apoya con la gestión de la ambulancia e informa al familiar sobre los trámites a realizar; de las personas que requirieron traslados en el servicio de Neurología (3 casos) y Neurocirugía (2 casos) el 100% refiere que sí fueron informados.

Para los pacientes hospitalizados, no se requiere que los familiares se encuentren presentes las 24 horas del día, excepto urgencias y terapia intensiva. Cuando se requiere dar información del personal de salud al familiar o en su caso hay que dar seguimiento, Trabajo Social realiza llamadas telefónicas a los familiares.

Se cuestionó a los familiares de pacientes hospitalizados si habían recibido llamadas telefónicas. El 39% (32 casos) refirieron que “Sí” les han llamado, y casi la mitad (49%) comenta que no han recibido ninguna llamada (41 casos), el resto no contestó. **(Fig. 27)**

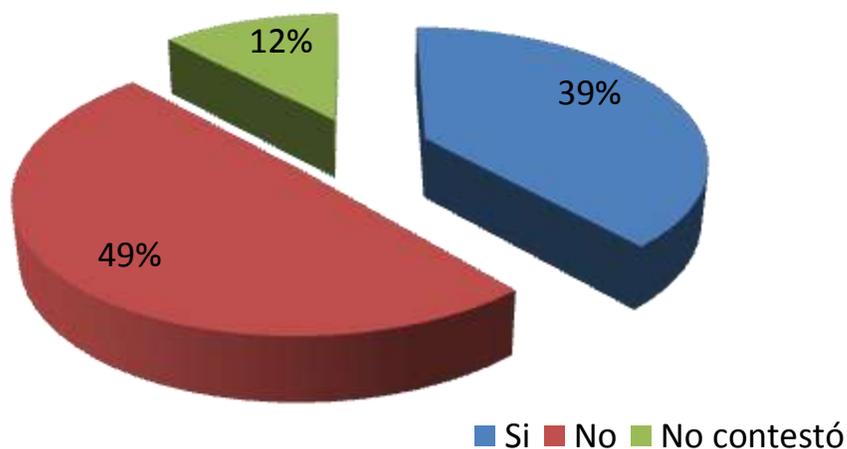


Fig. 27. Llamadas telefónicas de Trabajo Social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

4.6 Resultado: Expectativas y nivel de satisfacción

En cuanto a las expectativas de las personas acerca del trato que espera recibir por Trabajo Social antes de pasar a la oficina respectiva, el 43% refiere que espera ser atendido “Bien”, un 23 % considera que con “un trato amable”, el 12.6 % de personas esperan “amabilidad y sin prisas, que les oriente”, que la trabajadora social sea “empática”, y le atienda “de manera humana”, y que sea “sociable, veraz, explícita y con humildad”; el 6% esperaba ser tratado de “Regular a Mal”, el 2% creía que la atención sería “Pésima” o que “No le iba a atender”, un 2.8% no sabía cómo iba a ser la atención y el 9.5% no contestó.

(Fig. 28)

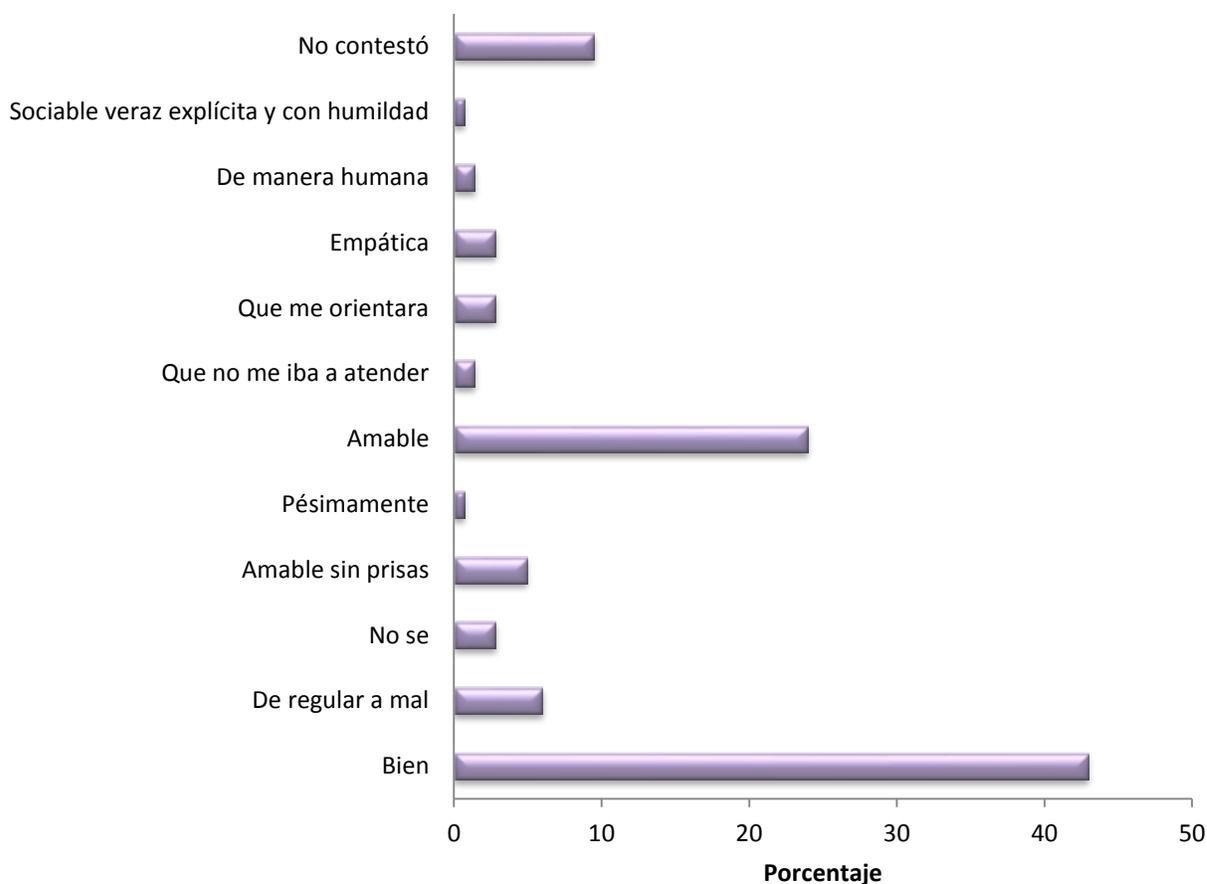


Fig. 28. Trato esperado por la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Al cuestionar cómo fue el trato en relación a lo esperado, la **Fig. 29** muestra que el 39% refiere que fue “Mucho mejor”, en un 35% “Fue mejor”, el 20.8% refiere que el trato “Fue igual”, y el 4.6% considera que de “peor a mucho peor”.

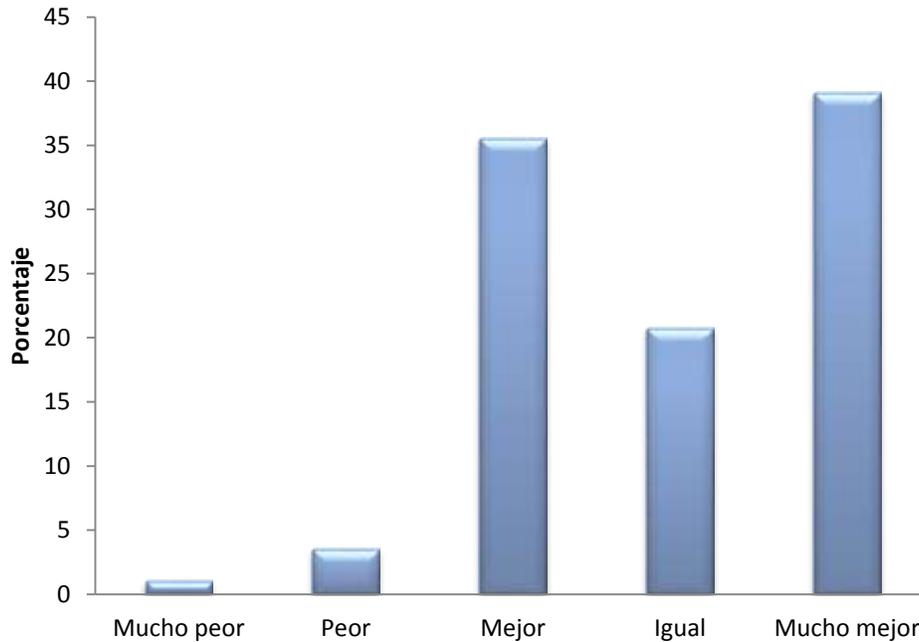


Fig. 29. Trato en relación a lo esperado

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Al cruzar las variables, (**Fig. 30**) en el 95% de los casos el trato fue de “Mejor a mucho mejor”, y en el 4.5% fue de “Peor a mucho peor”, en personas que esperaban un trato amable, sin prisas, bien y quien consideraba un trato humano, sociable veraz y con humildad.

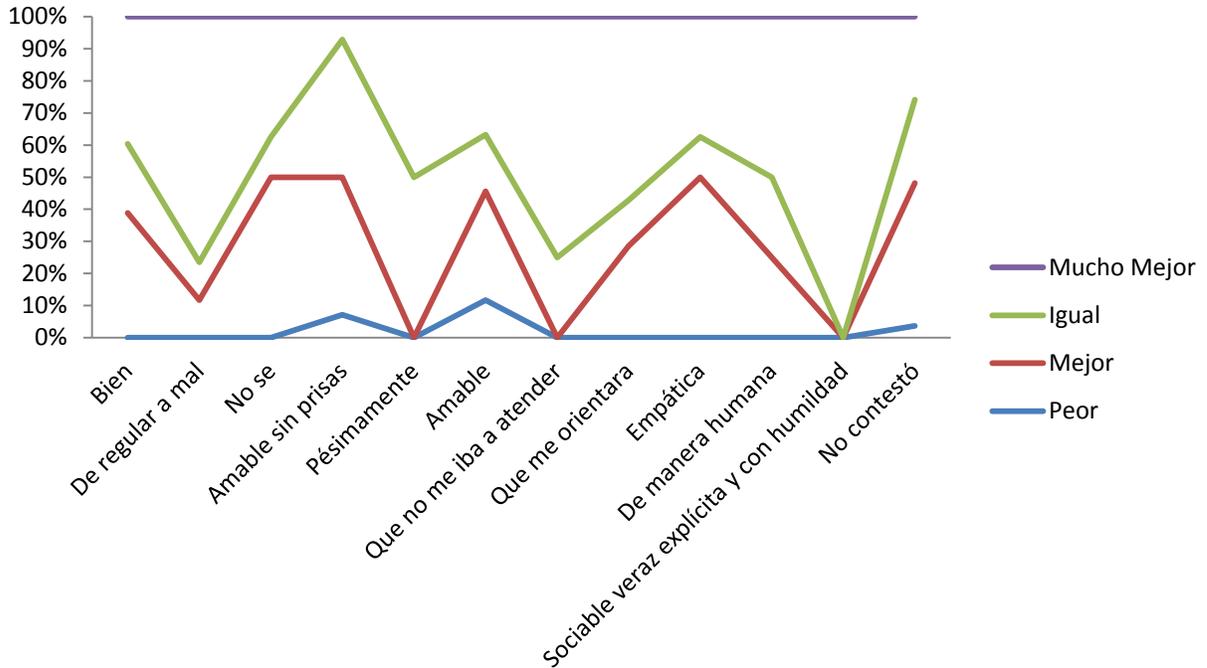


Fig. 30. Trato esperado y trato recibido

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

La capacidad de la trabajadora para comprender las necesidades de las personas fue evaluada en un 86% entre “Buena y Excelente” (62% y 24% respectivamente), el 10% la refiere “Regular” y un 4% la evalúa de “Mala a Pésima”. (Fig. 31)

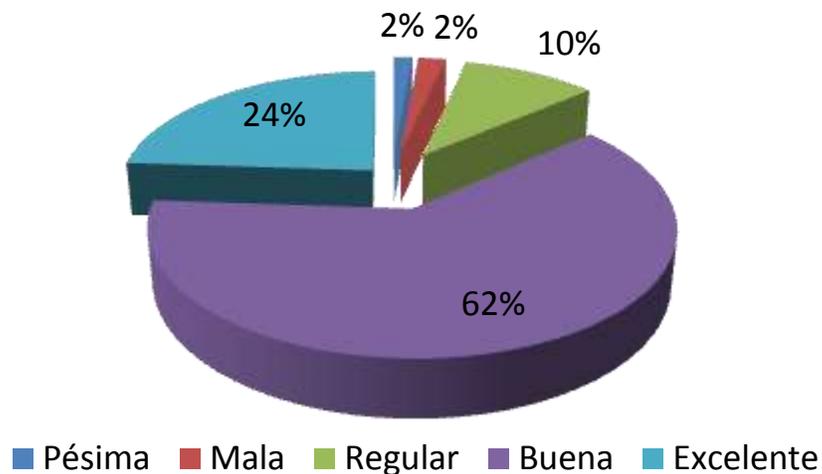


Fig. 31. Capacidad de la trabajadora social para comprender necesidades

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

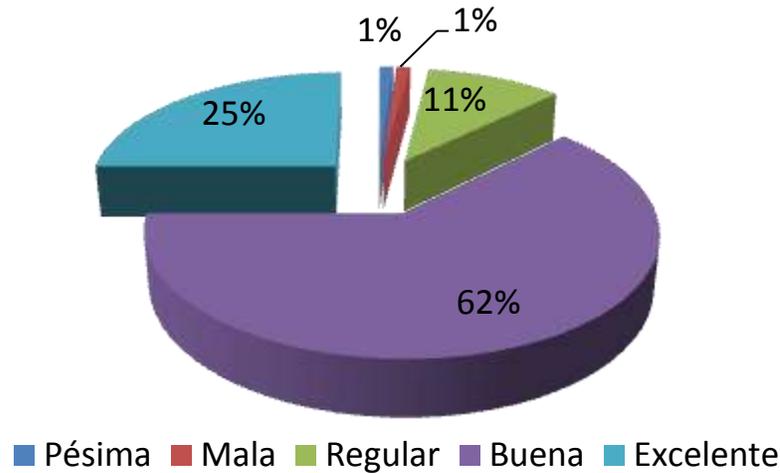


Fig. 32. Disposición de la trabajadora social para ayudar

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Lo referente a la disposición de la trabajadora social para ayudar, en la **Fig. 32** puede observarse que el 87% de las personas consideran que fue de “Buena a Excelente”, el 11 % considera que es “Regular”, y el 2% opina que es de “Pésima a Mala”.

La evaluación que da el usuario a la atención proporcionada es considerada principalmente como “Buena” en un tercio de la población, menos de un cuarto la considera “Excelente” (24%) y el 12.3% la refiere como “Regular a Mala” (**Tabla 7**)

Su evaluación para la atención proporcionada por la trabajadora social es:		
	Frecuencia	Porcentaje
Pésima	5	1.8
Mala	1	.4
Regular	29	10.2
Buena	179	63
Excelente	70	24.6
Total	284	100

Tabla 7 Evaluación para la atención proporcionada por la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Los usuarios que evaluaron la atención refieren en su mayoría que “Sí” recomendarían el servicio (94%), el 5% no lo haría, el resto no contestó. Por otro lado, el 90% regresaría con la misma trabajadora social, el 9.5% “No lo haría” y el resto “No contesto”.

Se les pidió a las personas entrevistadas que definieran de qué depende la calidad de la atención para ellos, en una escala de mayor a menor importancia. Los resultados mostrados en la **Fig. 33** refieren que la calidad de la atención depende principalmente del trato humano y la atención personalizada (51.8%) seguido de las funciones y actividades (35%); en tercer lugar las personas consideraron en el mismo porcentaje (23%) que se trata del nivel socioeconómico asignado y las funciones y actividades; lo menos importante para los entrevistados son las instalaciones, en un 39%

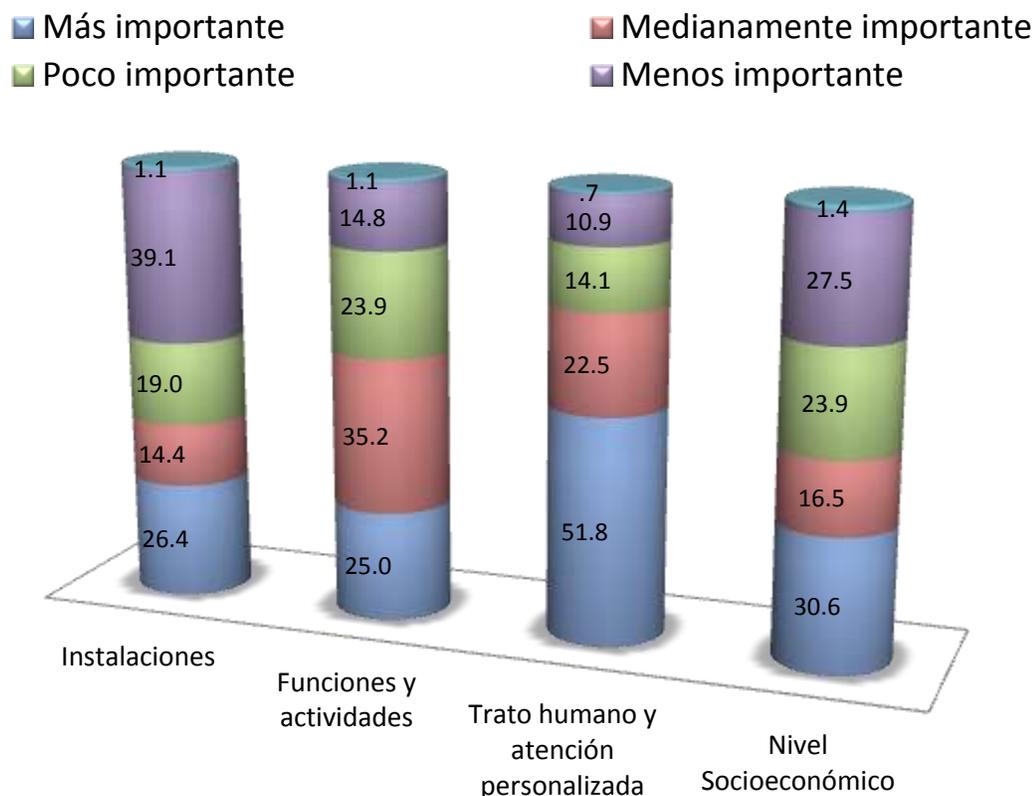


Fig. 33. La calidad de la atención depende de..

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Su evaluación para la atención proporcionada por la trabajadora social es:			¿Recomendaría el servicio?			Total
			Si	No	No contestó	
Pésima	servicio	Consulta externa	1	1		2
		Neurocirugía	1	1		2
		Urgencias	0	1		1
	Total		2	3		5
Mala	servicio	Neurocirugía		1		1
		Total			1	
Regular	servicio	Consulta externa	13	6		19
		Neurocirugía	4	1		5
		Psiquiatría	0	1		1
		Urgencias	2	0		2
		Terapia endovascular-Radioneurocirugía	2	0		2
		Total		21	8	
Buena	servicio	Consulta externa	123	0	2	125
		Neurología	4	0	0	4
		Neurocirugía	9	1	0	10
		Psiquiatría	10	0	0	10
		Urgencias	19	1	0	20
		Terapia endovascular-Radioneurocirugía	10	0	0	10
		Total		175	2	2
Excelente	Servicio	Consulta externa	55			55
		Neurología	2			2
		Neurocirugía	2			2
		Psiquiatría	1			1
		Urgencias	10			10
		Total		70		

Tabla 8 Servicio de atención, Recomendación del servicio, Evaluación para la atención proporcionada por la trabajadora social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Al valorar la percepción de la calidad de atención del usuario por servicio, y si recomendarían la atención (**Tabla 8**) predominó la opinión de una buena atención en 175 casos (61%); El servicio que tienen mejores opiniones es la Consulta externa, de los que opinan que la atención fue de regular a pésima es en Neurocirugía en 14 casos, en el 94% de los casos las personas sí recomendarían en servicio.

Para poder expresar la opinión de los usuarios en cuanto a quejas y sugerencias la mitad de la población “Sí” conoce algún lugar para presentarlas (50%), mientras el 48% refiere no saberlo, el resto no contestó.

Con respecto a los comentarios que se dieron para mejorar la calidad de la atención, las opiniones se enfocaron prioritariamente al proceso 49%, con respecto a la estructura solicitan incrementar instalaciones y personal (13%) en cuanto al resultado predominó la palabra “Bien” o “Excelente” (38%);. (**Tabla 9**).

	Frecuencia	Porcentaje
Estructura		
Mayores espacios en oficinas	5	4
Mayor personal	8	6.4
Ampliar el horario	3	2.4
Proceso (atención interpersonal)		
Mejor trato humano	15	12
Rapidez en la atención	9	7.2
Que el personal esté en su oficina	7	5.64
Mayor información	7	5.64
Mayor capacitación del personal	3	2.41
Mayor supervisión al turno nocturno que no quiere atender	2	1.61
Que el socioeconómico no sólo se enfoque a lo material	17	13.7
Los estudios socioeconómicos que piden las trabajadoras sociales del DIF los hagan en Neurología, afuera no quieren hacerlos	1	0.8
Resultado		
Bien	34	27.4
Excelente atención	13	10.48
Total	124	100

Tabla 9 Comentario para la calidad de la atención del Departamento de Trabajo Social

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014

4.7 Análisis de resultados

De las 284 encuestas realizadas a pacientes y/o familiares, se identificó el siguiente perfil socio demográfico:

El 70% de la población entrevistada son mujeres y poco menos de la tercera parte son hombres (30%); la edad oscila entre los 18 y 89 años de edad con una representación mayor del 60% de personas entre 31 y 59 años, menos del cuarto de la población tiene de 18 a 30 años de edad (21.5%) y el 17% son adultos mayores; el nivel de estudios es principalmente de nivel medio a superior (45.7%) el 50% tiene estudios básicos (primaria y secundaria), el 1.8% refiere tener estudios de posgrado y un 2.1% es analfabeta.

La ocupación de las personas se puede dividir en tres rangos: los que cuentan con ingresos variables sin posibilidad de acceder a servicios de seguridad social, principalmente empleados (12.7%), comerciantes 9.2%, trabajadores no calificados 6.7%, y en menor porcentaje campesinos 2.1%, las personas que tienen ingresos fijos y seguridad social que laboran como obreros, profesionistas, pensionados y jubilados 15% y por último las personas que no cuentan con ingresos y requieren del apoyo familiar para su manutención, destaca el hogar (42.6%), estudiantes (6.3%) y personas desempleadas 13%, que es más de la mitad de la población (53%)

El Instituto está facultado para atender preferentemente a personas que no cuentan con seguridad social, los trabajos son básicamente actividades con poca o nula remuneración económica, debido probablemente a la falta de capacitación académica, las condiciones laborales por las que atraviesa el país y que en su mayoría se trata de familias tradicionales, donde la mujer se dedica al hogar y es el hombre el que cubre el rol de proveedor.

De acuerdo al lugar de procedencia las personas que solicitan atención provienen del D.F. y área conurbada (64%), y más de la tercera parte radica en algún estado de la República, reafirmando con ello el carácter nacional, del Instituto.

El INNN atiende principalmente a personas de escasos recursos económicos, para establecer cuotas de recuperación se asigna un nivel socioeconómico de exento al nivel seis, a menor número menor pago por los servicios que se proporcionan, de las personas encuestadas el 81 % de la atención se distribuye en los niveles exento, uno y dos, el nivel tres representa el 11.3%, y el 7.4% restante se distribuye en los niveles cuatro a seis, lo que confirma que la población atendida es de bajos recursos económicos.

Esta situación es preocupante, teniendo en cuenta que las enfermedades neurológicas en muchos de los casos son crónicas, degenerativas, algunas genéticas, mismas que requieren de tratamientos largos y costosos, y la atención se prolonga por largos periodos de tiempo y en ocasiones la atención la necesita o la van a requerir varios miembros de la familia, situaciones que impactan en la

economía y dinámica familiar del paciente, es importante valorar que las personas internadas con empleo, a lo largo de la atención muchos de ellos lo van a perder debido al avance de la enfermedad.

Para el caso de los niveles cinco en ocasiones es porque el paciente cuenta con seguridad social, son estudiantes, trabajadores, que en ocasiones pierden el empleo por lo antes mencionado, y los que son beneficiarios en ocasiones buscan una segunda opinión o desean agilizar los tiempos de espera en la atención con respecto a las fechas que le da su institución de salud y no necesariamente cuentan con empleos que les permita el pago de la atención (Aguilar, 2014)

En las personas encuestadas, más de la mitad (60%) fueron familiares que pasaron con la trabajadora social y el 40% se trató de pacientes, estos últimos principalmente fueron atendidos en consulta externa en el turno matutino, porque al estar el paciente hospitalizado el contacto con la trabajadora social es con el familiar o el responsable legal.

Después de encuestar los seis servicios donde existe presencia de Trabajo Social, se observa que el 71% de la población de primera vez se atiende en consulta externa, posterior a que han sido evaluados por un médico, para determinar si es necesario realizar un expediente clínico; en las áreas de hospitalización el número es menor debido al índice de ocupación del Instituto; el turno donde se atiende al mayor número de personas es en el turno matutino casi el 80%, y poco menos de la cuarta parte es atendida por los turnos vespertinos, nocturno y guardias especiales, debido a la atención que se proporciona labora mayor personal en el primer turno.

4.7.1 Percepción y Evaluación de la Estructura

De acuerdo con el modelo planteado por Donabedian, a partir de las condiciones físicas y estructurales, puede aumentar o disminuir la percepción y evaluación de la calidad de la atención que se ofrece, la atención debe ser oportuna y contar con los espacios y señalizaciones (amenidades) adecuados, que permitan a las personas acceder a los servicios con la mayor facilidad; al respecto fue posible identificar los siguientes elementos:

El 97.5% de los encuestados encontraron fácilmente las oficinas de Trabajo Social y están de acuerdo con el lugar de ubicación; para el 2.5 % de las personas fue difícil encontrar las oficinas, los motivos de las personas que no las encontraron con facilidad, es que no existe ningún tipo de señalización, nadie le informó o no están a la vista, la forma de encontrar las instalaciones es preguntando a las personas que se encuentran en la sala de espera o en los patios.

Parte de los procesos de certificación en cuanto a la calidad de la atención es la señalización de las oficinas, esto es uno de los problemas dentro del Instituto; aunque existen mapas en la entrada con las áreas generales del Instituto y desde

el 2013 existe un área de recepción denominada Centro Integral de Servicios (CIS) donde se encuentra personal del Departamento de Comunicación Social, sigue existiendo un porcentaje de personas que requieren de información al respecto.

El Departamento de Trabajo Social proporciona atención los 365 días del año, las 24 horas del día, sin embargo el mayor porcentaje del personal labora en el turno matutino, las personas comentan en más de un tercio de la población (65.8%) que conocen el horario en el que se atiende y una tercera parte no lo conoce, principalmente porque no le fue informado el horario, no hay letreros o le puso atención.

El 80% de las personas, consideran que el personal es suficiente para atenderlo el 16% refiere que no es así.

El 93% de las personas encontraron a la trabajadora social en su lugar de trabajo, y fue atendido, en un 4.2% refieren que no se les atendió por debido a que la trabajadora social estaba ocupada o atendiendo a otra persona, llama la atención que refieren que no se les atendió por el cambio de turno, teniendo que esperar al siguiente, (un caso por turno) y en dos casos prefirieron retirarse y presentarse el siguiente día.

Otro de los indicadores de calidad tiene que ver con el tiempo de espera en el que se le atiende a los usuarios y sus expectativas para que se les atienda, más de la mitad de la población (62%) fue atendida en los primeros veinte minutos y el 72% refiere que es el tiempo adecuado para esperar, al 10% de la población no le fue cubierta, para el 22.5% de la población el tiempo adecuado para esperar es hasta 40 minutos, y el 25% fue atendido en ese tiempo, el porcentaje de atención entre la expectativa y el horario se reduce al 2.5%, menos del 10% esperó hasta una hora, tres personas esperaron más de dos horas y en un caso comenta que espero hasta 15 horas del turno nocturno al matutino para ser atendido. Considerando que a las personas que acuden por primera vez se les hace entrevista para el estudio socioeconómico que dura entre 15 y 20 minutos y que en los casos de hospitalización el proceso de ingreso es en promedio de 45 minutos, las personas en general sienten que el tiempo de espera es el correcto.

Algunos comentarios a los encuestadores, es que no importa “esperar el tiempo que sea necesario mientras los atiendan”. Estos resultados, permitieron identificar que el servicio en su mayoría es rápido, sin embargo es necesario analizar los motivos de los tiempos de espera excesivos, mismos que pueden desencadenar desesperación y molestia en los pacientes y/o familiares, ocasionando con ello que la entrevista con las trabajadoras sociales resulte incómoda y molesta.

En lo referente a las instalaciones salas de espera, oficinas, iluminación, ventilación y privacidad, en promedio más de tres cuartas partes en promedio, las

califica como “buenas”, (81%) y casi un 20% considera que son “excelentes”, los datos estadísticos reflejan que se requiere mayor atención principalmente en las salas de espera y ventilación que son consideradas de “malas a pésimas” en más del 20%, la privacidad en casi el 16% tiene el mismo tipo de evaluación predominando los que consideran que son “regulares” y finalmente la iluminación las instalaciones que requieren de mayor atención por la evaluación obtenida son las de consulta externa y en privacidad además de consulta externa, urgencias.

La privacidad es un tema importante a observar en el caso de consulta externa y urgencias son oficinas que constantemente hay personas que constantemente se toca para pedir informes o solicitar la atención de la trabajadora social, esto puede provocar incomodidad, debido a que los usuarios pasan por momentos de crisis, ocasionados por las diversas situaciones económicas y familiares que viven cotidianamente durante la entrevista que se le realiza.

La estructura de acuerdo con Donabedian es importante sin embargo no hace la calidad en sí misma, puede existir una excelente estructura y no haber calidad y lo contrario puede haber pésima estructura y existir excelente calidad.

4.7.2 Percepción y evaluación del Proceso

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

Al tener contacto con el usuario, es importante conocer el nombre de quien lo atiende, le permite identificar con quién trata y facilita la confianza durante la entrevista, no basta solo con portar un gafete o poner el nombre de la persona que ocupa la oficina en la entrada o en algunos casos poner el nombre bordado en la bata se da por hecho que el usuario lo identificará con sólo verlo, el 8% de la población refiere que no se presentó la persona que lo atendió.

Las personas que acuden al Instituto ya han sido atendidas por el primer o segundo nivel de atención, sin embargo en cada institución de salud se requiere de trámites diversos y en ocasiones diferentes, con respecto a los trámites que deben realizarse directamente en Trabajo Social, mientras mayor claridad exista en la información es mucho más fácil para el usuario integrar los elementos necesarios y con ello disminuir las dudas o repetir tramites de manera innecesarias, el 95% de las personas consideran que fueron orientados, y casi el 5% percibió que no fue así, las personas que prefirieron no preguntar son principalmente del Distrito Federal y la Zona conurbada, el 1.4% refiere que no lo permitió la trabajadora social lo perciben las personas de los estados, hay quien piensa que es muy “déspota” y hubo dos casos donde la personas sienten que la trabajadora social se siente superior a ellos,(Distrito Federal y Zona conurbada),

se revisó la misma información con la escolaridad para saber si existía alguna relación al respecto encontrando que quién no preguntó tiene escolaridad de primaria a bachillerato, y los que piensan que la trabajadora social no lo permitió se distribuye desde primaria a licenciatura, y quien dice que es muy “déspota o que se siente superior al usuario” cuentan con escolaridad de secundaria a licenciatura.

Esto es un foco de atención, pues probablemente las personas no sienten la confianza suficiente para aclarar sus dudas o en ocasiones visualiza al personal sin disposición para atenderlo y hasta se siente que lo tratan como una persona inferior.

Con respecto al lenguaje utilizado el 4.2% considera que fue confuso, las opiniones se distribuyeron de manera similar los que son de los estados de la República Federal, como del Distrito Federal y Estado de México, se vinculó con la escolaridad dando el mismo resultado.

La presentación del personal que proporciona los servicios es parte de la posible confianza que puede generar en las personas al momento de recibir el servicio, en el Instituto el personal lleva uniforme de acuerdo a la función que realiza, en el caso de Trabajo Social se ocupa traje sastre y bata blanca, la evaluación del usuario en lo referente al aspecto, limpieza, uniforme, es en promedio en el 60% considerada como “buena” y más del 30% considera que es “excelente”, menos del 20 % considera que es de “regular a pésima”, principalmente en el aspecto, en ocasiones el personal adscrito al Departamento no se presenta con el uniforme establecido, probablemente tenga que ver con la opinión de los usuarios.

Nueve de cada diez, evalúan la actitud, disposición de “excelente a buena”, el 13% la considera de “regular a pésima”, en particular aquellas personas a las que no les fueron aclaradas las dudas o tardaron más de una hora en ser atendidas.

Con respecto a la atención técnica, es importante que el personal que labora en el INNN esté capacitado en el área en la que se desempeña, y que realice su trabajo a partir de los procedimientos y políticas establecidas por la institución y el Departamento, la percepción en cuanto a capacitación en más de la mitad la consideran como “Buena”, y un 39% “Excelente” y casi el 8% cree que es de “Regular a Pésima”; la percepción que tengan las personas de saber que el profesional que lo atiende tiene el conocimiento técnico para realizar sus funciones es fundamental en la confianza de la misma institución prioritariamente si se trata de una institución de máxima especialidad como lo es el Instituto.

El principal procedimiento a realizar a los pacientes de primera vez es el estudio socioeconómico, que le permite al usuario tener una clasificación socio económica con la que puede pagar su atención de acuerdo a principios de justicia y análisis

de su situación social y económica, es importante que las personas sepan a partir de que instrumento se le asigna esta clasificación en el 96.5% de los casos las personas saben que se les realizó un estudio socioeconómico, el resto refiere que no lo sabe, durante las encuestas fue posible observar que las personas saben que hay un número en su carnet , sin embargo no identifican que se asigna a partir de la realización de un estudio socioeconómico y que al pasar con la trabajadora social se le dice que les “van a hacer unas preguntas” para agilizar la demanda de trabajo, el estudio socioeconómico es un instrumento cerrado, sin embargo para hacer un diagnóstico social es necesario que las personas hagan referencia a su situación social o familiar, el 94% de las personas percibieron que les fue permitido explicar la situación y a las que no fue así es principalmente porque no lo permitió la profesional o la perciben ocupada (ocho personas), hay quien visualiza al profesional con mucho trabajo, llama la atención que una persona refiere que el doctor le ordenó en qué nivel cobrar y una persona más percibió que la trabajadora social “es muy cerrada a opiniones”.

Además de la información verbal se refuerza la comunicación con respecto a documentos a integrar al expediente social con información escrita mediante un tríptico el 94% refiere que lo recibió el resto, comenta que no les dieron la información o no sabe si se le dio o no, entre los documentos que se le entregaron.

En un sistema de salud, no solo el personal que labora en él tiene derechos, también el paciente puede ejercer derechos conforme a su proceso de atención y la toma de decisiones con respecto a su cuerpo, entre los estándares actuales de calidad se pondera que los pacientes sepan sus derechos y con ello que puedan hacerlos valer, siete de cada diez personas refieren que la trabajadora social le informó dónde puede consultar sus derechos, el resto no lo sabe.

Las personas que son internadas por primera vez en el Instituto acuden a Trabajo Social, para realizar trámites de ingreso donde se les explica la documentación que se debe integrar al expediente el 5% refiere que no fue orientado, con respecto a los trámites externos al Instituto que se requieren en otras instituciones, son las cartas de no derechohabientes (IMSS, ISSSTE) es parte del trabajo del personal explicarle dónde acudir y los documentos que debe llevar, 12 de cada diez personas refieren que no se les explicó cómo hacerlo, y para saberlo le pregunta a los familiares que se encuentran en la sala de espera o al mismo encuestador al momento de realizar la entrevista, el no darle la información completa al usuario impacta en mayores duda y tiempo para el usuario, probablemente no lo realiza la trabajadora social por la demanda de trabajo, sin embargo no da prioridad a las necesidades de información del paciente y/o familiar.

El pase de visita es fundamental para acceder al área de hospitalización donde se encuentra el paciente, Trabajo Social se encarga de proporcionar los informes y reglamentos correspondientes, diez personas refieren que no se les dio información sobre el pase, esto implica que existe un problema de atención

personalizada y, por lo tanto, de calidad, que ocasiona confusión y molestias de los usuarios que utilizan los pases de visita; es importante resaltar que existe un horario específico para la visita al paciente además de estar restringido el número de personas que puede ver al paciente por día, si no se aclara la información correspondiente existe confusión y molestia en las personas que acuden a la visita, impactando en la percepción de la calidad.

La donación de sangre es una acción altruista de las personas Trabajo Social es quien solicita al familiar que acuda a donar sangre, se requieren de dos donadores al momento del internamiento, en 18 casos refirieron que no recibieron información al respecto.

El traslado de los pacientes es necesario cuando se requieren estudios que no pueden efectuarse en el Instituto, o los padecimientos ya no competen a la especialización neurológica, el 100% de la población que requirió el traslado menciona que la trabajadora social le informó y apoyó sobre el trámite, situación que indica la excelencia en este proceso.

En cuanto al seguimiento telefónico, casi el 40% de la población ha recibido llamadas a su domicilio, es importante señalar que el seguimiento telefónico se realiza cuando el familiar no se encuentra en el Instituto y se requiere su presencia para recibir información médica o firmar autorizaciones para algún procedimiento, difícilmente se hace para seguimiento del caso.

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

4.7.3 Percepción y evaluación del Resultado

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

Con relación a las expectativas, dos tercios de los usuarios, espera que se les trate “Bien” o con un trato “Amable”, esto indica que las personas que llegan a solicitar los servicios están dispuestos a aceptar la atención que se les proporcione, probablemente por la necesidad del servicio médico, las condiciones académicas y socioculturales, aunado a la idea constante de servicios públicos, burocráticos con deficiencias en atención; 12 de cada diez personas además de la amabilidad quieren ser tratados sin prisas, que se les oriente, con empatía, de

manera humana, y dos personas esperan a una trabajadora social, sociable, veraz, explícita y con humildad” el 6% cree que será tratado de manera regular o mal, y un dos por ciento esperaba que la atención fuera pésima o que no se les atendería, casi el 3% no tenía alguna expectativa con respecto a la atención y un 9% no contestó la pregunta, probablemente por no tener expectativa alguna.

Al comparar el trato esperado con el recibido el 70% de las personas refieren que fue mucho mejor o mejor de lo que esperaban, una quinta parte de las personas refieren que fue igual, y casi el 5% considera que fue de peor a mucho peor” es este último caso las personas esperaban un trato amable, sin prisas, o un trato humano sociable veraz y con humildad, situación que no superó sus expectativas.

Trabajo Social se caracteriza por ser una disciplina capaz de analizar e interpretar la realidad social, con la finalidad de planear y desarrollar acciones que permitan a las personas dar alternativas de solución a las necesidades y problemas sociales que se presentan, por lo tanto, el profesional requiere de la capacidad para comprender las dificultades a las que se enfrentan los individuos, en situaciones de conflicto; la percepción que tiene el paciente y/o familiar al respecto, es en un 86% de los casos evaluada en un rango de “Buena a Excelente”, más del 10% la considera de “Regular a Pésima”, el resto la considera “pésima” en este rubro es importante recalcar que se requiere de un mayor proceso de sensibilización y capacitación al profesional que le permita disminuir y, de ser posible, eliminar la percepción negativa.

Con respecto a la disposición del prestador del servicio para ayudar, se encontró que un 87% la percibe de “Buena a Excelente”, y el 13% de “Regular a Pésima”, los argumentos que dan las personas principalmente es porque que no accedió la trabajadora social a disminuir el nivel socioeconómico asignado.

Dos tercios de la población evalúan la atención que le proporcionó la trabajadora social como “Buena” y casi un cuarto de la población la considera “Excelente” el resto considera que la atención es de “Regular a Pésimo” 12.3% situación emergente que debe ser trabajada.

El 94% recomendaría el servicio, sin embargo sólo el 90% regresaría con la misma trabajadora social, conjuntando la percepción que tiene el usuario en cuanto a las funciones, actividades y/o trato personalizado, que en conjunto, forman una mala percepción del profesional que los atendió, estos resultados permiten identificar que la mayoría de la población está satisfecha con el servicio; sin embargo, es necesario prestar atención a aquellas situaciones que ocasionan la no satisfacción del usuario y que pueden ser mejoradas con el trabajo continuo.

Se solicitó a la población que identificara por orden de importancia, de acuerdo a su percepción, los elementos que definen la calidad de la atención,

distribuyéndolos en cuatro grandes áreas: las instalaciones (estructura) y el proceso dividido en la atención técnica (desempeño de funciones y actividades) y la relación interpersonal (trato humano y atención personalizada) y el nivel socioeconómico (resultado), se encontró que para más de la mitad de las personas, lo más importante es el trato humano y la atención personalizada, posteriormente se pondera en más de un tercio de la población el desempeño de funciones actividades, en tercer lugar identifican en el mismo porcentaje (23.9%) las funciones y actividades y el nivel socioeconómico y, por último, como factor de menor importancia son tomadas en cuenta las instalaciones.

Para que los usuarios puedan manifestar sus inconformidades y/o sugerencias, es necesario que existan espacios específicos y que estén a la vista. Dentro del Instituto hay instalados buzones donde las personas pueden expresar quejas, sugerencias y felicitaciones, casi la mitad de la población (48%) no tiene conocimiento de estos espacios.

Los comentarios generales se distribuyen comentarios de estructura como que solicitan ampliar la plantilla de personal, o más espacio en las oficinas, y ampliar el horario, en cuestión de proceso, solicitan mayor información, rapidez en la atención, mejor trato humano, mayor capacitación del personal y mayor supervisión en el turno nocturno una persona comentó “parece que las trabajadoras sociales impiden el acceso a mejores servicios”, y en cuanto al resultado comentan principalmente de que está “Bien o Excelente” (16%), y con referencia al estudio socioeconómico, solicitan que no sea hecho sólo de lo material, o que los estudios socioeconómicos que solicitan las trabajadoras sociales el Instituto al DIF lo hagan en Neurología. Y en un caso utilizó el espacio para expresar que recibió “pésimo trato del doctor”.

Con estos datos se logró conocer la evaluación y percepción del usuario acerca de la calidad de la atención que proporciona el Departamento de Trabajo Social con respecto a la estructura el proceso y el resultado y, por lo tanto fue cumplido el objetivo general, y los específicos uno, dos, tres y cuatro planteados en esta investigación.

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

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

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

Carencia de señalización de las instalaciones, falta de ventilación y privacidad.

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

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

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

4.8 Evaluación de la Calidad de la Atención

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

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

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

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

La evaluación de los resultados se plantea en dos dimensiones:

Elementos de calidad: es el nivel de satisfacción obtenido de acuerdo a las respuestas cuantitativas resultantes de la percepción del servicio, entendiendo a la calidad de acuerdo a los rangos establecidos, Excelente, Buena, Regular y Mala.

Elementos de no calidad: entendidos como los aspectos cuantitativos y los comentarios de las personas que requieren de intervención, obtenidos de las respuestas negativas hacia la satisfacción del servicio y las observaciones del proceso de atención.

Elementos de calidad

Considerando que el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es una institución de tercer nivel de atención, que atiende a personas de escasos recursos económicos preferentemente a personas que no cuentan con seguridad social, con carácter nacional, el perfil de las personas encuestadas permite identificar que se cumple con lo establecido por la institución.

Durante la investigación destacaron los siguientes elementos relacionados con la calidad.

- Existe un Departamento establecido.
- La atención es proporcionada los 365 días del año las 24 horas distribuida por servicio de manera independiente en el turno matutino, en el turno vespertino se atiende lo relacionado a (Neurología, Neurocirugía, Terapia Endovascular, Radioneurocirugía, Consulta Externa) por una trabajadora social y Urgencias Terapia Intensiva y psiquiatría por otra adscrita, situación que se replica para turno especial de fines de semana y días festivos y el turno nocturno se atiende de manera indistinta por una sola persona.
- Todo el personal que labora en el Departamento en funciones y actividades es trabajadora social y tiene la capacitación correspondiente ya sea de nivel técnico a licenciatura con cédula profesional y con estudios de maestría. Además de contar con diversos cursos de capacitación en el área de la salud.
- Existe un cubículo por servicio.
- Cuenta con apoyo secretarial.
- Existen manuales de procedimientos y de organización.

Con respecto a la evaluación y grado de satisfacción del usuario se obtuvieron los siguientes resultados: **(Tablas 10, 11 y 12)**

Variables de Estructura:

VARIABLE	EVALUACIÓN
Acceso a las instalaciones y ubicación	Bueno
Conocimiento del horario de atención	Regular
Salas de espera	Buena
Oficinas	Buena
Iluminación	Buena
Ventilación	Buena
Privacidad	Buena
Limpieza	Buena
Personal suficiente	Buena
Personal en el lugar de trabajo	Buena
Atención de la trabajadora social al usuario estando es su lugar de trabajo	Buena
Tiempo de espera	Bueno

Tabla 10 Evaluación de Estructura

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Variables de Proceso

VARIABLE	NIVEL DE SATISFACCIÓN
Presentación de la trabajadora social con el usuario	Bueno
Orientación de trámites	Buena
Claridad en el lenguaje	Bueno
Apariencia de la trabajadora social	Buena
Actitud y disposición	Buena
Conocimiento de las personas en cuanto a la elaboración del estudio socioeconómico	Buena
Permitir a las personas que expliquen su situación social	Buena
Entrega de tríptico que indica los documentos a integrar en el expediente social	Buena
Información proporcionada para la consulta de los derechos del paciente	Regular
Información a los pacientes hospitalizados, para entrega de documentos y tramites de IMSS e ISSSTE	Bueno
Información del pase de visita	Bueno
Información de donación de sangre	Bueno
Información y gestión para traslado	Excelente
Llamadas telefónicas	Malo

Tabla 11 Evaluación de Proceso

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Variables de Resultado

VARIABLE	NIVEL DE SATISFACCIÓN
Trato en relación a lo esperado	Bueno
Capacidad para comprender necesidades	Bueno
Disposición para ayudar	Bueno
Servicio recibido	Bueno
Recomendación del servicio	Bueno
Recibir atención nuevamente de la misma persona	Bueno
Evaluación de la calidad en general	Buena
Conocimiento de buzones de quejas y sugerencias	Mala

Tabla 12 Evaluación de Expectativas y nivel de satisfacción

Fuente: Calidad de la Atención, Departamento de Trabajo Social del INNN, 2014.

Con estos resultados se concluye que la evaluación que asigna el usuario a la calidad de la atención desde su percepción, en lo relacionado a las características de la estructura, proceso y resultado de la atención, es principalmente “buena”; las expectativas son cubiertas en la mayoría de los casos, por lo tanto se puede conocer la evaluación que da la población desde su percepción a la atención que proporciona el Departamento de Trabajo Social referentes a la Estructura, Proceso y Resultado, por lo tanto el objetivo general de la investigación fue alcanzado.

Elementos de no calidad

Durante los procesos de evaluación en lo que a calidad de la atención y percepción se refiere, comúnmente la evaluación termina en identificar el nivel de satisfacción que representa la mayor frecuencia, cuando en realidad, las acciones de mejora continua, deben enfocar su quehacer profesional básicamente en los elementos identificados como no satisfactorios percibidos por la población.

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

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

De Estructura:

La señalización para acceder a las oficinas se presentó como un problema a superar, debido a que el INNN si cuenta con un mapa de las instalaciones, en él no hay señalamientos específicos para las oficinas de Trabajo Social, no se informa desde el Centro Integral de Servicios, y las personas acuden a preguntar a los usuarios que se encuentran en los patios y salas de espera o por observación propia pasan a la jefatura del Departamento que es el que está a la vista.

Las personas no conocen el horario de atención por turnos, en el área de consulta externa se encuentra el personal en las oficinas en el turno matutino, y lo mismo para las especialidades; cuando se encuentra el paciente hospitalizado, aunque se atiende 24 horas el personal de la mañana es quien da seguimiento al paciente, no existen letreros en las oficinas que indiquen a las personas el horario.

Es importante atender lo concerniente a los tiempos de espera, sobre todo los que esperan más de una hora para la atención o se les atiende hasta el cambio de turno; es importante analizar esos tiempos de espera que rebasan las expectativas del usuario.

De Proceso:

Se requiere reforzar que la trabajadora social se presente con el usuario al momento de la atención.

Es importante buscar estrategias que mejoren la percepción en cuanto a la privacidad en las oficinas, principalmente en la consulta externa y urgencias.

Es necesario poner mayor atención en el lenguaje que se utiliza para dar claridad a la información y preguntar si es comprendida.

Errores en la disposición, actitud para escuchar la problemática del usuario, aclarar las dudas y orientación de los trámites a realizar.

Llama la atención la percepción sobre la atención entendida como superioridad, trato inadecuado (déspota), o el no permitir que las personas expliquen la situación por la que atraviesan.

En lo relacionado a la apariencia del personal, se requiere que el personal ocupe el uniforme establecido por la institución.

Las personas no reconocen cuándo se les hace estudio socioeconómico.

Las personas no identifican la documentación escrita que se le da por Trabajo Social.

Las personas no saben dónde pueden consultar los derechos del paciente.

Requiere reforzar la información en pases de visita y donación de sangre para los pacientes hospitalizados.

De Resultado:

La percepción de las personas es que se les trate de manera amable y sin prisas y con un trato humano.

Los usuarios consideran que no son comprendidas sus necesidades de atención.

Existe la percepción que la trabajadora social no ayuda en función del nivel socioeconómico que asigna.

Una vez analizados los resultados es posible dar una respuesta a la hipótesis planteada:

H1 La calidad de la atención en el Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía está determinada por el desempeño de las funciones y actividades de las trabajadoras sociales reflejada en la percepción y evaluación del usuario que tiene de la estructura, proceso y resultado.

Por lo tanto al hacer la integración de los resultados se puede inferir que la calidad está determinada por el desempeño de las funciones y actividades de las trabajadoras sociales y esto se expresa en la evaluación que da el usuario desde su percepción a la estructura, el proceso y el resultado que en general fue considerada como “Buena” ponderando el proceso fundamentalmente en el trato humano, y las funciones y actividades, por lo tanto se rechaza la Hipótesis nula.

CONCLUSIONES

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

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

Los estudios realizados en torno al tema, son encaminados fundamentalmente en el personal médico o de enfermería, dejando en segundo término a cada una de las personas y los Departamentos que intervienen en la atención de la salud.

El mismo trabajador social, se ha preocupado por evaluar la calidad de la atención de los servicios, desarrollando y participando en proyectos de investigación, sin detenerse a analizar el propio desempeño profesional y cuando lo hace integra indicadores básicos que determinan asignación de cuotas de recuperación y trato en general sin tener indicadores que implique las funciones y actividades que se desarrollan.

Sin embargo, la calidad no la hace un profesional o un Departamento, es un sistema que integra a cada persona que proporciona servicios dentro de la institución desde el personal de intendencia hasta el director de cada institución.

Aun cuando la evaluación debe hacerse de manera integral, cada área debe ser capaz de monitorear y evaluar sus procesos de calidad desde su disciplina, funciones y actividades.

Existen diversas formas de evaluar y métodos para hacerlo, una de las formas de aplicación es la percepción que tiene el usuario del trabajo realizado.

En la actualidad la evaluación de lo que realiza el trabajador social es cada vez más puntual y está determinando indicadores que le permiten innovar mejoras continuas con respecto al trabajo realizado, sin embargo los estándares de medición no son creados por trabajadores sociales ni se sustentan en las funciones y actividades determinadas por la institución.

La presencia del trabajador social en los sistemas de salud está fundamentada en la atención directa con las personas, por lo tanto son los usuarios un indicador importante en la evaluación de la calidad.

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

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

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

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

El estudio tiene limitaciones, debido a que no se puede generalizar a las funciones y actividades de los Departamentos de Trabajo Social de otras instituciones de salud, debido a que los procedimientos que se desarrollan son diversos de acuerdo a los niveles de atención y la institución. Las necesidades de atención de los pacientes y familiares son diferentes de acuerdo al grado y momento de enfermedad que se presente en cada familiar; se requieren estudios comparativos y análisis con modelos estadísticos en diversas instituciones y estados; la realidad que aquí se presenta es de lo que sucede una vez que llega el paciente a la institución sin considerar que previo a ello ya tienen un itinerario de atención que se desconoce.

Para futuros trabajos resulta importante realizar investigaciones de corte cualitativo que permitan saber la percepción de los usuarios de acuerdo a sus creencias, costumbres y necesidades, lugares donde fueron atendidos inicialmente, además de considerar el momento en que se le entrevista con el fin de saber si existen diferencias en llegar inicialmente a consulta externa o urgencias por ejemplo que implica procesos emocionales diferentes.

La calidad debe ser proporcionada de manera obligatoria por parte del personal de salud y el Trabajo Social debe retomarla con el fin de tener mayores elementos que permita homogeneidad en los procesos y estándares internacionales,

elaboración de guías técnica, manuales de procedimientos y modelos de atención y con ello modificar la percepción que tienen los mismos profesionales de la salud con respecto a la profesión de realizar sólo trámites administrativos.

El usuario por su parte debe saber que tiene derecho a exigir la calidad del servicio que no por ser atendido en instituciones públicas tiene que tolerar inconsistencias en la atención o tiempos prologados de espera injustificados.

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

CAPÍTULO CINCO

PLAN DE MEJORA DE CALIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL DEL INN

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

Sin embargo como profesionistas en el área de la salud es importante estar conscientes de aquellos elementos que no proporcionan calidad y requieren de mayor atención e intervención que permita al paciente y/o familiar, acercarse a los servicios de salud con la confianza de ser atendido con la mayor calidad, respeto y trato humano.

En calidad la excelencia no existe, siempre habrá que implementar y evaluar para mejorar la atención constantemente, sin embargo se requieren planes de calidad e indicadores que sustenten la calidad de la atención en aspectos cuantitativos y cualitativos acordes a los requerimientos nacionales e internacionales en materia de calidad.

Por lo tanto, se propone establecer procesos de calidad que impacten en la estructura, proceso y resultados de la atención.

El Departamento de Trabajo Social del Instituto, cuenta con grandes avances en lo que a calidad se refiere, tiene supervisores de calidad capacitados que pueden generar procesos de evaluación y seguimiento acordes a los modelos vigentes y estándares nacionales e internacionales.

Para mejorar la calidad se ha implementado un plan de calidad que se presenta a continuación y que puede ser un apoyo para otros Departamentos de Trabajo Social de acuerdo a las necesidades que se tengan.

Para poder evaluar la calidad de la atención, se requiere de investigaciones cualitativas y cuantitativas de manera conjunta y periódica, donde intervengan pacientes, familiares y trabajadores sociales, se deben integrar las normas nacionales internacionales y los valores de la institución.

Para ello debe existir un proceso cíclico que permita identificar los problemas que se consideren prioritarios, desarrollar estrategias de mejora de calidad, generar indicadores de medición, realizar evaluación seguimiento y a partir del consenso con el personal establecer acciones de mejora, aclarando que es un proceso que es cíclico y puede detenerse en cualquiera de las fases o iniciar cada que sea

necesario, el eje rector será siempre la calidad y seguridad al paciente y su familia.

La calidad debe ser considerada como una cultura de mejora constante y no como un indicador o una estrategia de medición únicamente para acreditar certificaciones o pruebas de excelencia que a la larga se transforma en un trámite burocrático mayor.

La **Fig. 34.** Permite identificar las fases del plan.

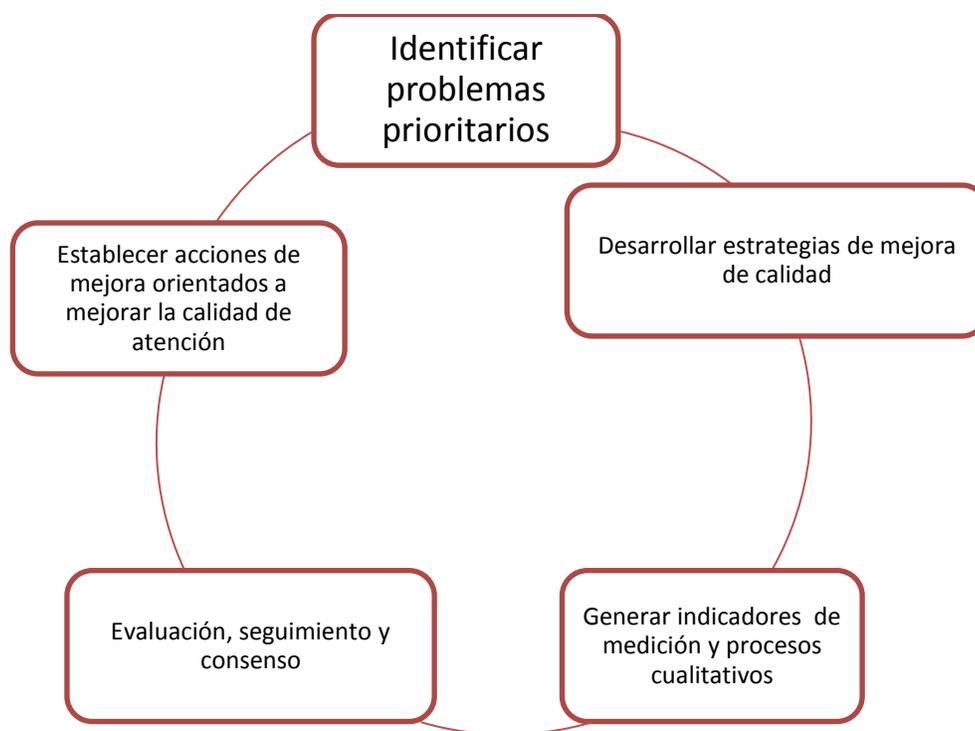


Fig. 34. Plan de calidad

Fuente: Elaboración propia

Una de las premisas es la estandarización en cuanto a los procesos que deben generarse a partir de la estructura el proceso y resultado del Departamento, esto permite que la atención sea idéntica en todos los turnos y con las diferentes personas, se trata de tener apego a los procedimientos en cada proceso y que no existan diferencias en lo que se refiere a la calidad de la atención.

5.1 Para la evaluación de la Estructura

En la estructura hay situaciones que no son controladas directamente por el trabajador social como el número de plazas o la ampliación de las instalaciones; sin embargo lo que sí se puede impactar debe ser atendido.

Como parte de las estrategias de seguimiento de calidad el Departamento implementó el programa “9 claves para el cambio” desarrollado por la Secretaría de Salud, en el Departamento se implementaron las tres primeras fases del mismo:

- Clasificación
- Orden
- Limpieza

Consiste en clasificar las cosas útiles y no útiles para el trabajo diario, ordenar y dejar sólo los insumos que deben ser utilizadas en las oficinas como papelería, mobiliario, archivos digitalizados y, por último, limpiar las oficinas de todo aquello que no tiene uso o está de más en las oficinas.

Se realiza identificando cada uno de los elementos y se toman fotos antes y después para observar los resultados.

Sin embargo, al no darle seguimiento, en las oficinas, después de un tiempo se continúan acumulando documentos o papelería excesiva, archivos muertos, o artículos personales como fotos, plantas, que no son necesarios en la oficina.

Se propone realizar una evaluación semestral de la estructura y hacer conciencia que los espacios de trabajo deben tener el máximo espacio posible para ser aprovechado y que no se convierta en una extensión de la vivienda.

Seguir tomando fotos y realizar reuniones de calidad con el personal donde se muestren los resultados obtenidos y llegar al consenso de lo que debe ser eliminado y lo que se tiene que conservar en las oficinas que puedan permitir una acción de mejora constante y permanente.

5.2 Evaluación de Proceso

Es necesario dividir la atención técnica que es tangible y la atención interpersonal que es intangible.

Para la *atención técnica* el proceso metodológico propuesto es el siguiente:

- a) Definir aspectos a evaluar basándose en manuales de procedimientos y necesidades de atención

- b) Generar instrumentos de evaluación
- c) Diseñar indicadores
- d) Establecer la escala de evaluación
- e) Implantar la temporalidad de la evaluación

Los instrumentos que se pueden evaluar son:

- 1) El estudio socioeconómico
- 2) Notas de Trabajo Social
- 3) Informes realizados para apoyo institucional
- 4) Informes de visita domiciliaria
- 5) Información de materiales escritos que se entregan a los usuarios

Las variables que se han propuesto para evaluar en los expedientes después de sesiones de calidad del Departamento y que se consideran indispensables en la información son:

Estudio socioeconómico:

- Nombre completo del paciente
- Número de identificación hospitalaria (registro)
- Género
- Edad
- Escolaridad
- Lugar de residencia
- Religión
- Teléfonos
- Ocupación
- Inicio del padecimiento
- Tipo de Familia
- Integrantes de la Familia
- Características de la vivienda
- Nombre del principal proveedor económico
- Lugar de referencia del paciente
- Diagnóstico Médico
- Diagnóstico Social
- Plan social
- Nombre completo, firma y cédula profesional de la trabajadora social
- Sin tachones ni enmendaduras
- No Abreviaturas

Notas de Trabajo Social (ingreso, seguimiento, transferencia y egreso):

- Nombre completo del paciente
- Número de identificación hospitalaria (registro)
- Nivel Socioeconómico
- Fecha de ingreso
- Fecha de elaboración de la nota
- Número de Cama
- Servicio de ingreso
- Tipo de Familia
- Nombre del Responsable legal
- Información del seguimiento o situación social
- Nombre completo, firma y número de cédula profesional de la trabajadora
- Sin tachaduras y legible

Apoyos institucionales

- Informe social completo con familiograma
- Reporte de visita domiciliaria realizado en el Instituto o por institución externa o carta de situación social demostrando bajos recursos
- Estudio socioeconómico

Visita domiciliaria

- Nombre completo del paciente
- Identificación hospitalaria (registro)
- Nombre completo de la persona entrevistada
- Nivel Socioeconómico
- Dirección completa
- Teléfono(s)
- Fecha de la visita domiciliaria
- Diagnóstico del paciente
- Objetivo de la visita
- Zona de ubicación
- Condiciones de la vivienda
- Estructura familiar
- Economía familiar
- Diagnóstico social
- Plan Social
- Observaciones
- Nombre completo, firma y cédula profesional de la trabajadora social

Atención interpersonal

Se puede llevar a cabo a partir de la observación participante entre pares o con el apoyo de estudiantes que se encuentran en las oficinas realizando servicio social o prácticas profesionales.

- Presentación de la trabajadora social al momento de recibir al usuario
- Mencionar que es lo que se realizará (entrevista, estudio socioeconómico, visita domiciliar)
- Aclarar a las personas el significado del número que se pone en el carnet (nivel socioeconómico)
- En el caso de internamiento dar cartas de responsabilidad civil y consentimiento informado, y verificar que se lean y firmen por el familiar
- Aclarar dudas
- Dar un trato respetuoso
- Utilizar lenguaje claro y preguntar si hay dudas
- Informar dónde se pueden consultar los derechos de los pacientes
- Poner atención a la información que están dando las personas
- Favorecer la privacidad durante la entrevista
-

Para lograr la evaluación se proponen los siguientes indicadores: **(Tabla 13):**

Dimensiones	Estructura	Proceso	Resultado
Técnica	Oficinas equipadas con sistema SISHOS /Número de Servicios que proporciona Trabajo Social X 100	Número de Estudios Socioeconómicos completos/ Número de Estudios socioeconómicos revisados x 100	Número de Reuniones realizadas en Trabajo Social/ Número de mejoras en el Ese x 100
	Número de formatos existentes en el Depto. de Trabajo Social/ Número de formatos Utilizados X 100	Número de formatos estandarizados por Trabajo Social / Número de Formatos estandarizados Utilizados por Trabajo Social X 100	Número de Reuniones realizadas en T.S./ Número de mejoras en las notas
	Número de indicadores sociales realizados en las de notas de trabajo social realizadas/ Número de indicadores sociales requeridos por los estándares de certificación en las notas de trabajo social x 100	Número Apoyos institucionales realizados/ Número de apoyos institucionales concluidos X 100	Número de apoyos institucionales realizados por trabajo social / Número de apoyos institucionales concluidos x 100

Interpersonal	Número de oficinas ordenadas de acuerdo a plataforma de calidad/ Número de oficinas que ocupa Trabajo Social x 100	Número de personas informadas al momento del ingreso con acciones de Trabajo Social / total de pacientes atendidos por Trabajo Social	Número de Familiares Satisfechos/ Número de familiares atendidos por Trabajo Social x 100
---------------	---	---	---

Tabla 13 Indicadores de estructura, proceso y resultado de Trabajo Social del INNN

Fuente: Elaboración propia

Escala de evaluación

Se establece una escala dicotómica de evaluación con calificación “0” cuando no se encuentra el elemento medible y “1” cuando está presente y “NA” si no aplica la información buscada.

La evaluación se puede hacer de manera aleatoria por servicio, por expediente, por trabajadora social, y puede establecerse la temporalidad que se requiera: diario, semanal o mensual.

Al concluir cada periodo de evaluación de deben sistematizar los datos y realizar una junta de calidad con el personal que permita visualizar los avances y las oportunidades de mejora que deben plantearse; se recomienda presentar la información en gráficas a nivel Departamento, considerando que se trata de una acción de mejora y no de evidenciar a ninguna trabajadora social; un ejemplo puede ser lo que se muestra en las **Fig. 35 y 36**.

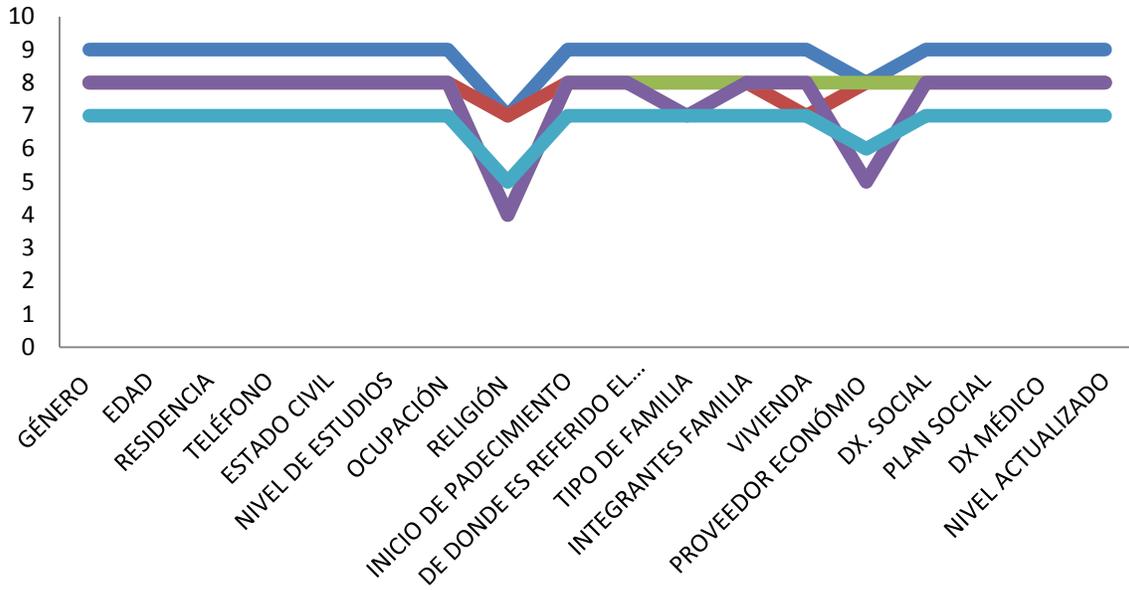


Fig. 35. Evaluación de calidad estudio socioeconómico

Fuente: Elaboración propia

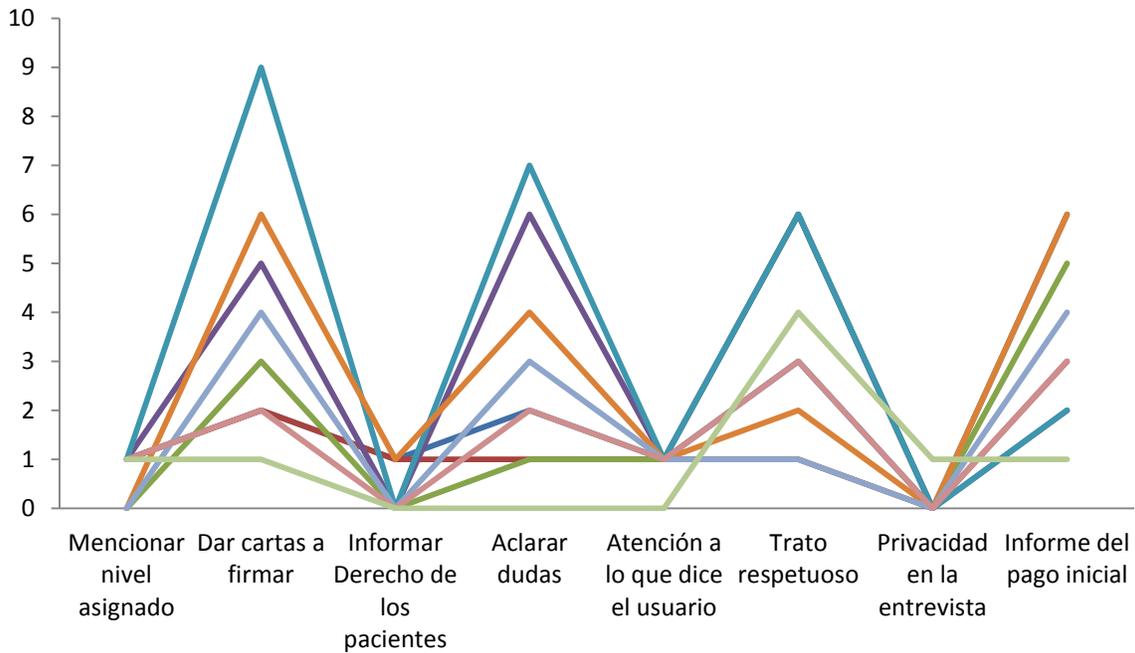


Fig. 36. Evaluación de la calidad, atención personalizada

Fuente: Elaboración propia

Las líneas dentro de las gráficas representan los expedientes evaluados, los picos hacia abajo muestran los elementos faltantes o con evaluación “cero” y las líneas rectas la evaluación existente “uno”; la idea es que sea un proceso lineal controlado y constante.

El visualizar la información de manera agrupada permite hacer los ajustes necesarios para la mejora continua.

5.3 Evaluación de Resultados

Se recomienda hacer encuestas de opinión con la percepción y opinión del usuario de manera periódica como lo que muestra esta investigación, que permitan evaluar avances o identificar los cambios que deben hacerse, planteados en estrategias de calidad en conjunto.

Se recomiendan hacer investigaciones cualitativas con los usuarios atendidos que den mayor información sobre sus expectativas y percepción de la calidad. Y para el profesional, mantener las reuniones de círculos de calidad con el fin de lograr en mayores procesos la excelencia en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbangnano, Nicola. (1996). *Diccionario de filosofía*. México: FCE.

A.González, Dagnino (1994). *Calidad total en atención primaria de salud*; España: Díaz de Santos.

Aguilar, Margarita. (2014). *Pacientes con seguridad social atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Cartel 2011-2012 en proceso de publicación*.

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

Aguirre Gas H. G. (1997). *Administración de la calidad de la atención*. Revista Médica IMSS, N. 35 V. 4 1997, p. 259.

Alcántara Balderas, Martha Alicia. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencias*. México: Secretaria de Salubridad y Asistencia.

Ander Egg, Ezequiel. (1998). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen.

Arellano G. Josefina, Enríquez Hernández Jorge. (2012) *La calidad de la atención a la salud en México, Programa estímulos de calidad*. México: México

Arellano G., Enríquez Hernández, (2012) *Programas de estímulos de calidad en La Calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones, 12 años de experiencia*. México: Secretaría de Salud.

Barquín, C. (1980). *Hospital de la Raza 35 años, cuestión social*. México: Revista Médica IMSS, Vol. 15 p.19

Bronfman, Mario. (1997). "Del cuanto al "por qué" la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". México: Revista de Salud Pública, N. 39, p. 442

Calderón Hinojosa, Felipe. *Plan Nacional de Desarrollo (2001-2006)*, Gobierno de Los Estados Unidos Mexicanos, México: Presidencia de la República.

Caminal, Josefina. (2001). *La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Artículo de opinión. España: Revista Calidad Asistencial, Vol. 16 p. 276.*

Cohen Ernesto, Franco Rolando. (1997). *Evaluación de Proyectos Sociales,* México: Siglo XXI.

Colunga Dávila, Carlos. (1995). *La calidad en el servicio.* México: Panorama.

Consejo de Salubridad General. (2009). Manual del proceso de Certificación de Hospitales, México: SINaCEAM

Consejo de Salubridad General. (2012). Estándares para la Certificación de Hospitales. México: SINaCEAM.

Donabedian, Avedís. (1983). *La calidad de la atención médica.* México: Científicas.

Donabedian, Avedís. (1984). traducción Carolina Amor de Fournier. *La calidad de la Atención médica. Definición y métodos de evaluación.* México: La Prensa Médica Mexicana, S.A.

Donabedian, Avedís (1989). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica.* México: Serie de perspectivas en salud pública, Instituto Nacional de Salud Pública.

Donabedian Avedís. (1990) *La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad.* México: Revista Salud Pública, Vol. 32 No. 3, p. 26

Donabedian Avedís. (1993). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad.* México: Revista de Salud Pública México, mayo- junio, Vol. 35. N. 3 p.26

Donabedian, Avedís. (1995). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en salud pública.* México: Revista de Salud Pública México, Vol. 35, No. 3, mayo-junio. p. 245

Donabedian, Avedís. (2001) *Entrevista a Avedís Donabedian informando &Reformando.* México Boletín Trimestral del NAADIIR/AL. Abril-junio. N. 8 Sector salud.

Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2014) *Guía técnica del Departamento.* México: Departamento de Trabajo Social, INNN.

Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2014). Manual de procedimientos 2014. México: Departamento de Trabajo Social, INNN.

Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2011). Manual de organización 2011. México: Departamento de Trabajo Social, INNN.

FUNSALUD. (1994) Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: FUNSALUD No 8: p37.

García Pastrana Claudia. (2004). Evaluación de la calidad de atención desde la percepción del usuario. Tesis de Licenciatura no publicada Universidad Nacional Autónoma de México- Escuela Nacional de Trabajo Social, México.

García Pastrana, Claudia, Volkens Gaussmann, Georgina, Escobedo Atriano, Jenny Ivett. (2011). Seguridad y Calidad para el paciente y su familia en la atención técnica e interpersonal del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México: Revista Archivos de Neurociencias, Vol. 16 Suplemento II p. 89.

González, Dagnino. (1994) Calidad total en atención primaria de salud; España: Díaz de Santos.

Hamui Sutton Liz, Fuentes García Ruth, Aguirre Hernández Rebeca, Ramírez de la Roche Omar Fernando. (2013) Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México, Un estudio de satisfacción con la atención médica. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Infante Castañeda, Claudia. (1999). Problemas de calidad de la atención médica que reflejan las quejas de los usuarios de CONAMED, México: CONAMED.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2008). Guía Institucional 2008 2ª Edición. México: Dirección de enseñanza Instituto Nacional de Neurología.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2010). Manual de inducción para residentes de nuevo ingreso. México: Dirección de enseñanza Instituto Nacional de Neurología.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2011). Guía Institucional 2011. México: Dirección de enseñanza Instituto Nacional de Neurología.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2013). Carpeta gerencial 2013. Departamento de Trabajo Social. México: Documento no publicado.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2013). Plan de Mejora de la Calidad y seguridad del paciente 2013. México: Documento no publicado

Ishikawa, Kaoru. (1998). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad Japonesa.* Colombia: Norma.

Jiménez Cruz Eduardo, Patiño González, Ileana Margarita. (2004). Percepción de la calidad de la atención médica en el área de urgencias y preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Tesis de Licenciatura,

Jiménez Villegas, María del Carmen y Cols. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de Calidad. México: Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 11 N. 2 Mayo- Agosto de; p. 58.

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

Ker L., White. (1992). Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Estados Unidos: Organización Panamericana de la salud, OMS.

Ley General de Salud México. (2002). 17ª Ed., México: Porrúa.

Lock Dennis, Smith DJ., (1992). Calidad total, Estrategias y Técnicas. Bogotá: Legis.

Lowenthal, J.N. (1999). Reingeniería de la Organización. Enfoque Sistemático para la revitalización Corporativa, México: Panorama.

Malagón Londoño, Gustavo. (1999). *Garantía de calidad en salud.* Bogotá: Médica Internacional.

Malagón Londoño, Gustavo, Galán Morera, Pontón Laverde. (2006). Garantía de la calidad en Salud. Colombia: Panamericana.

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

Ortiz Espinoza, Rosa María, Muñoz Juárez Sergio, Lechuga Martín del Campo Diana, Torres Carreño Erick. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, según la opinión de los usuarios. México: Rev. Panamericana de Salud Pública/ Pan Am J Public. Health; 13 (4)

Organización de las Naciones Unidas ONU (2002). Manual de seguimiento y Evaluación de resultados. New York: USA.

Poder Ejecutivo Federal (1983). Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. México: Secretaría de Programación y Presupuesto.

Ruelas, Barajas, E. y Col. (1983). *Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología*. México: Revista Salud Pública Mexicana, No 32. p. 207.

Ruelas Barajas Enrique, Zurita Beatriz, (1993). Nuevos Horizontes de la calidad de la atención a la salud, en Revista de Salud Pública de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública, mayo- junio, Vol. 35, No 3. p 23

Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sector Salud, Grupo Básico Interinstitucional de evaluación para la salud. (1987). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. México: SSA.

Saavedra M., Alfredo. (1998). Vocabulario de Trabajo Social. España: Estela, Colección Literaria Médica.

Secretaría de Salud (SS)/DGCES. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud*, México: SSA.

Universidad Nacional Autónoma de México- Escuela Nacional de Trabajo Social. México: No publicada.

Valero Chávez, Aida. (1994). El Trabajo Social en México: Desarrollo y Perspectivas. México: Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM.

Vázquez Gutiérrez, Leticia. (1996). Evaluación de la calidad de la atención médica en unidades de 2o nivel de atención en el Estado de Hidalgo. Tesis de licenciatura no publicada, México: Universidad Nacional Autónoma de México – Escuela Nacional de Trabajo Social.

Velásquez Pérez, Leora, Sotelo Julio. (2001). Calidad de Atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, MVS, punto de vista del usuario. México: Revista Archivos de Neurociencias, 2001, Vol. 6(1):15-19

Velásquez Pérez, Leora, Sotelo Julio. (2002). *“Calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “MVS” punto de vista del usuario”*. México: Revista Archivos de Neurociencias, Vol. 6 N. 1 enero-marzo, p.15

Velásquez Pérez, Leora. Ruiz P., Alejandra. Trejo C. Araceli, Sotelo M. Julio. (2006). La satisfacción de los usuarios en relación a la calidad de la atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México: Revista Archivo de Neurociencias (México) Vol. 11 No 3:177-184 INNN.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Cáliz Morales, Alma, Tinoco Morales Lilia Arcelia. (2013). *Resultados de Aval Ciudadano, julio. 20 de enero de 2014* Sitio web:

http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/ac_ene_abr2013.pdf

Calzada Lemus, Francisco, Rita Montiel, Espinoza, Porcayo Liborio, Sandra, Cruz Maldonado, Norma. (2010). Percepción de la calidad del Servicio en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista Enfermedades Neurológicas*, Vol. 9 N.1:7-12. 17 de enero de 2014 Sitio web:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101c.pdf>

Consejo de Salubridad General. (2012). Manual del proceso de Certificación de Hospitales. 17 de enero 2014 Sitio web:

<http://www.csg.salud.gob.mx/contenidos/certificacion2010/hospitales>

Consejo de Salubridad General. (2013). Hospitales certificados, hospitales en proceso de certificación, México. 12 enero 2014. Sitio web:

http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/establecimientos/Hospitales/Certificado_HOSPITALES_Vigente_diciembre-2013.pdf

Consejo Mexicano para la Certificación (2012). México. 12 de Marzo de 2014. Sitio web: www.comceac.org.mx/certificacion.html

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2001). México. 20 de enero 2014 Sitio web:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>

Díaz, Rocío. (2002). *Satisfacción del Paciente: Principal motor y centro de los servicios sanitarios. Revista Calidad Asistencial*, enero 2002, Vol. 17. N. 1 p. 22-29, España. 12 de enero de 2014 Sitio web:

<http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/satisfaccion-paciente-principal-motor-centro-los-servicios-13027647-special-article-2002>

Diario Oficial de la Federación DOF. (12 de diciembre 2013). Programa Sectorial de Salud 2013-2018, México. 12 de diciembre de 2014 Sitio web:

http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf

Diario Oficial de la Federación *DOF* (27 de mayo 2013). *acuerdo* por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. México. 14 de enero 2014 *Sitio web:* <http://www.dof.gob.mx/toprank2013.php> *14 de enero 2013*

Diccionarios de la lengua española. DRAE (2001). 22ª Edición. 14 de enero 2014 *Sitio web:* <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>

Diario Oficial de la Federación (20 de agosto de 1996). Norma técnica número 52 de la Secretaria de Salubridad y asistencia (SSA). 14 de enero de 2014 *Sitio web:* <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

Ensanut (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales 2012. 17 de enero de 2014 *Sitio web:* <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Ensanut (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, resultados nacionales 2006. 17 de enero de 2014 *Sitio web:* <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2006ResultadosNacionales.pdf>

F. Lara (1982). Código de Hammurabi. Ed. Editora Nacional. Madrid. 15 de enero (2014). *Sitio web:* <http://www.blognavazquez.com/2009/08/01/el-codigo-de-hammurabibabilonia-1792-1750cronogmedia>

Informe de Rendición de Cuentas (2006-2012). Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (2012). México. 15 de enero de 2014. *Sitio web:* http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/IRC_INNN_1.pdf

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (2012). Informe de Rendición de cuentas de la Administración Pública Federal 2006-2012. 27 de enero de 2014 *Sitio web:* http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/IRC_INNN_1.pdf *20 enero 2014*

International Organization for Standardization ISO (1989). Quality: terms and Definitions. 12 de enero de 2014. *Sitio web:* <http://www.mapeo-rse.info/promotor/international-organization-standardization-iso>

OPS/OMS. (1991-1994). *Orientaciones Estratégicas y prioridades programáticas.* Washington, D.C. OPS. 20 de febrero de. 2014. *Sitio web:* http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2674173&pid=S1020-4989200000030000100002&lng=en

Peña Nieto, Enrique. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 Gobierno de la República, México* 2013. 20 de enero 2014. Sitio web: <http://pnd.gob.mx/>

Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica. (1997-2000). SSA. 20 de Febrero de 2014. Sitio Web: <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/11...>

Programa Aval Ciudadano (2001). 12 de Enero de 2014. México Sitio Web: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/descarga.php?archivo...>

Romero, Téllez, Miguel B. (2004). La cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud en México. Foro Regional: una nueva agenda para las reformas del sector salud, Panel perspectivas del país sobre Calidad y sistemas logísticos en relación a las funciones de salud pública, antigua Guatemala 2004. 15 de enero de 2014. Sitio web: <http://www.paho.org/PAHOUSAID/documents/events/guatemala04/MiguelRomeroTellez.pdf>

Roos Anna Gabriela, Zeballos José Luis, Infante Alberto. (2000). *La Calidad y la Reforma Del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe.* Rev. Panamericana de Salud Pública (online) Vol. 8 N.1-2 pp 93-98. 15 de enero 2014. Sitio web: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S10204989200000700012&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Programa de acción específico Sí Calidad (2007). 20 de enero de 2014. Sitio web: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/pa_sicalidad.pdf

Programa de Seguridad del Paciente SS/DGCES (2007). México, 02 de Febrero de 2014. Sitio web: www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html

SINAIS (2007). Recursos físicos y materiales (infraestructura), Sistema Nacional de Información en Salud. 20 de enero de 2014 Sitio web: <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>

Sociedad Americana para el Control de Calidad (2001). 22 de enero de 2014 Sitio web: createonepw.com/2014/04/conceptos-basicos-en-calidad.html

Anexo

Instrumento



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA

MANUEL VELASCO SUÁREZ

Departamento de Trabajo Social



El objetivo del presente cuestionario es conocer la percepción y evaluación del paciente o familiar acerca de la calidad de la atención proporcionada por las trabajadoras sociales del Departamento de Trabajo Social del Instituto. Es importante mencionar que las respuestas que proporcione serán anónimas y no afectarán de ninguna manera la atención que recibe.

La información que conteste es fundamental para mejorar la calidad de la atención que le proporciona el Departamento de Trabajo Social.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____ 2. Sexo: (H) (M) 3. Escolaridad: _____

4. Ocupación: _____ 5. Lugar de Procedencia: _____

6. ¿Cuál es la clave socioeconómica asignada (Número) en el carnet del Instituto?

a) 1x	b) 1	c) 2	d) 3	e) 4	f) 5	g) 6
-------	------	------	------	------	------	------

7 Es usted: a) Paciente () b) Familiar ()

II DATOS DE ATENCIÓN

8 Trabajo Social le atendió en:

a) Consulta Externa ()	d) Psiquiatría ()
b) Neurología ()	e) Urgencias ()
c) Neurocirugía ()	f) Terapia Endovascular- Radioneurocirugía ()

9 Turno:

a) Matutino () b) Vespertino () c) Nocturno () d) Sábado/Domingo ()

III ESTRUCTURA

10 ¿Encontró fácilmente las oficinas de Trabajo Social dentro del Instituto? 1(Sí) 2 (No)

10.1 Si su respuesta fue "No", ¿Por qué? _____

11 ¿Considera adecuado el lugar donde se encuentran ubicadas las oficinas de Trabajo Social? 1(Sí) 2 (No)

11.1 Si su respuesta fue "No", ¿Por qué? _____

12 ¿Conoce el horario de atención del Departamento de Trabajo Social? 1(Sí) 2 (No)

12.1 Si su respuesta fue "No", ¿Por qué? _____

13 ¿Considera que el personal de Trabajo Social es suficiente para proporcionarle la atención que requiere? 1(Sí) 2 (No)

14. ¿Encontró a la trabajadora social en su lugar de trabajo? 1(Sí) 2 (No)

15 Si la trabajadora social estaba en la oficina ¿lo atendió? 1(Sí) 1(No)

15.1 Si su respuesta fue "No", ¿Por qué? _____

16 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido por la trabajadora social?

a) 0 a 20 min b) 21 a 40min. c) 41 a 60 min d) Más de una hora, especifique _____

17. ¿Cuánto tiempo considera adecuado para ser atendido por la trabajadora social?

a) 0 a 20 min b) 21 a 40min. c) 41 a 60 min d) Más de una hora, especifique _____

18 ¿Cómo califica las instalaciones de Trabajo Social?

Marque sólo una opción para cada inciso.

	1 Pésima	2 Regular	3 Mala	4 Buena	5 Excelente
a) Salas de espera					
b) Oficinas					
c) Iluminación					
d) Ventilación					
e) Privacidad					
f) Limpieza					

III PROCESO (TRATO PERSONALIZADO)

	1 (Sí)	2 (No)
19. La trabajadora social que lo/la atendió, ¿se presentó?		
20. ¿Le orientó sobre los procedimientos a realizar en Trabajo Social?		
21 ¿Aclaró sus dudas?		

21.1 Si su respuesta fue "No", ¿Por qué? _____

22. La información y el lenguaje utilizado por la trabajadora social fue 1 (Claro) 2 (Confuso)

23. Considera que la apariencia del personal de Trabajo Social en cuanto a:

Marque sólo una opción para cada inciso.

	1 Pésima	2 Regular	3 Buena	4 Excelente
a) Limpieza				
b) Uniforme				
c) Aspecto				
d) La actitud y disposición de la trabajadora social para atenderlo fue				
e) La capacitación de la trabajadora social, para realizar su trabajo fue:				

Coloque un número por orden de importancia donde 1 es el más importante y 4 el menos importante

Las instalaciones ()

Del desempeño de funciones y actividades de la trabajadora social ()

Del trato humano y la atención personalizada ()

Del nivel socioeconómico que le asignaron ()

42 ¿Conoce algún lugar en este Instituto para presentar sus quejas o sugerencias?

1 (Sí)

2 (No)

43. Le agradecería cualquier comentario que contribuya a mejorar la calidad de la atención que brinda el Departamento de Trabajo Social

GRACIAS