



UNIVERSIDAD AUTONOMA  
METROPOLITANA

ASA ABIERTA AL TIEMPO

UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD  
MAESTRIA EN SALUD EN EL TRABAJO

CALIDAD DE LA ATENCION EN LOS  
SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO,  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL (IMSS), EN LA DELEGACION  
POLITICA DE IZTACALCO, 1995  
PROYECTO FINANCIADO POR EL CENTRO  
INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES  
PARA EL DESARROLLO (CIID) DE CANADA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN SALUD EN EL TRABAJO

**P R E S E N T A**

**ROSA BERTHA RODRIGUEZ SALAZAR**

DIRECCION DE TESIS:

M en C. JUAN MANUEL ARAUJO ALVAREZ  
M. en C. JESUS GABRIEL FRANCO ENRIQUEZ

MEXICO D. F.

SEPTIEMBRE 1997

Esta investigación formó parte del Programa de Subvención para Proyectos de Investigación en las Maestrías de Salud Ocupacional de América Latina, del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Canadá con sede en el Posgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente de Trabajo de la Universidad de Carabobo, Estado de Aragua, en Venezuela.

**Este trabajo se realizó en la Unidad Médico Familiar 45  
“Dr. Antonio Ríos Vargas”; por lo cual agradezco profundamente  
las facilidades prestadas para la elaboración del mismo.**

**A MIS PROFESORES DE LA MAESTRIA: GABRIEL FRANCO  
Y JUAN MANUEL ARAUJO, POR SUS CONOCIMIENTOS,  
ORIENTACION Y PACIENCIA**

**A DIOS**

**A MIS PADRES:**

**- APOLINAR RODRIGUEZ OCHOA**

**- MARIA SALAZAR DE RODRIGUEZ**

A TI EL AMOR DE MI VIDA Y MI QUERIDA HIJA, POR SU  
INCONDICIONAL APOYO Y COMPRESION EN LOS  
MOMENTOS DIFICILES

GRACIAS

## INDICE

I.	Introducción .....	4
II.	Antecedentes históricos, situación geográfica y política y, sociodemográfica del estudio .....	10
	A. Antecedentes históricos	
	B. Situación geográfica y política	
	C. Situación sociodemográfica	
III.	La seguridad social en Iztacalco (Estructura-Proceso-Resultados; Demanda y Oferta de atención) .....	14
	A. Demanda esperada y demanda real	
	B. Estructura (oferta)	
	C. Servicios de salud en el trabajo	
	D. Salud en el trabajo en Iztacalco	
IV.	Marco conceptual .....	29
	1. Introducción	
	2. Estructura	
	3. Proceso	
	4. Resultados	
	5. Los conceptos de oferta, demanda y, calidad de la atención	
	6. Oferta en la zona de estudio	
	7. Demanda en la zona de estudio	
	8. Calidad de la atención en la zona de estudio	
V.	Diseño metodológico .....	55
	a) Tipo de estudio	
	b) Población en estudio y muestra	
	c) Recolección de información	
	d) Captura de la información	
	e) Procesamiento y Análisis de la Información	

VI. Resultados .....63

1. Perfil de la población en estudio
2. Perfil epidemiológico laboral de la población en estudio
3. Perfil de la calidad de los servicios de salud en el trabajo

- A) Primera aproximación
- B) Segunda aproximación

4. Conclusiones

VII. Revisión bibliográfica .....107

VIII. Conclusiones .....143

IX. Bibliografía .....150

Anexo 1

Indice del anexo estadístico-epidemiológico

Anexo estadístico-epidemiológico

Anexo 2

Encuesta sobre oferta, demanda y calidad de la atención de los servicios médicos

Instructivo



## I. INTRODUCCION

El estudio de la calidad de la atención de los servicios de salud es un campo relativamente nuevo en nuestro país -aunque a nivel mundial las investigaciones se remontan a la segunda década de este siglo(Lee and Jones, 1933)-, por esta razón quizá y dada la creciente necesidad generada por el Derecho Constitucional de protección a la salud a que tienen todos los mexicanos (Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988), la investigación de la calidad de los servicios de salud, en nuestro país, ha manifestado un importante auge.

Actualmente se cuenta con una amplia e importante bibliografía que orienta los diferentes enfoques de la investigación de la calidad de la atención, así tenemos tres líneas fundamentales enunciadas por Donabedian(1984): Estructura, Proceso y Resultados. No obstante lo anterior, en el caso específico de la investigación de la calidad en los servicios relacionados con la salud en el trabajo, existe una mar de desconocimiento sin precedente.

Algunos antecedentes parecieran referirse a este campo en particular(Morehead et al., 1964 y Ehrlich et al., 1962), sin embargo sólo hacen referencia a la inadecuada atención recibida por los miembros de un sindicato (Este estudio y otros de la misma índole realizan una función social y administrativa de suma importancia al documentar los casos en que a menudo resulta ser inadecuada la atención recibida por los miembros de un sindicato por medio de fuentes tradicionales. Estos estudios ayudan mucho a comprender las relaciones existentes entre las

características de los hospitales y los médicos y la calidad de la atención que prestan) (Donabedian, 1984). Es decir, no analizan la calidad de la atención del servicio de salud en el trabajo, en particular.

Una revisión más o menos detallada de la bibliografía sobre el tema de la calidad de la atención, ha permitido percatarnos de la falta de atención en esta temática específica.

Por estas razones, la presente investigación está dirigida al estudio de algunas variables relacionadas con la calidad de la atención de los servicios de salud en el trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en particular los servicios brindados por la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 45, que se localizan en la Delegación Política de Iztacalco.

El propósito del estudio es analizar las variables de oferta, demanda y calidad de la atención en el servicio de salud en el trabajo, con la finalidad de detectar posibles problemáticas preliminares que permitan dar cuenta de la situación actual y así poder acceder a investigaciones más complejas. Parte fundamental de este planteamiento será la conformación de una tendencia que haga posible la elaboración de propuestas, en especial, aquellas que coadyuven a un mejor funcionamiento y prestación de estos servicios, por parte del instituto, condición que seguramente redundará en beneficio de la población trabajadora a la cual atiende.

En México, una parte importante de la población trabajadora está incorporada a un sistema de seguridad social del tipo

administrativo-profesional, según la clasificación de Campbell (Cordera, Kuthy y Sucilla, 1986) o bien del tipo Propiedad del Estado con control disperso y con base en aporte/privilegio, según la clasificación de Frenk y Donabedian(1987). Este sistema es una combinación de previsión y seguridad social contenida en el IMSS y que se caracteriza por su incorporación a cinco tipos de seguro: a) El de Riesgos de Trabajo; b) El de Enfermedad y Maternidad; c) El de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte; d) El de Guardería para Hijos de Asegurados; y, e) El de retiro(LSS, 1993).

La tendencia del sistema de seguridad social en nuestro país, ha seguido una vía, en cierta medida, parecida a la que se observó en los países industrializados, es decir, un aumento, en primera instancia, de la cobertura de la población, con la dependencia del Estado del sector privado en cuanto a la prestación de servicios de salud, para posteriormente pasar a crear su propia red de instalaciones y proveedores que se ocuparan del segmento de la población, ya que habían hecho aportes a un fondo o bien se habían convertido en beneficiarios privilegiados de la acción del Estado y, una vez lograda la instalación de un sistema de propiedad estatal se reinició nuevamente la ampliación de la prestación de los servicios a una parte mayor de la población. (Frenk y Donabedian, 1987).

Esta tendencia en la intervención del Estado en la atención médica ha propiciado una relación inversamente proporcional entre el crecimiento de la población (ampliación de la cobertura) y los servicios de salud, manifestada en un importante déficit con respecto a estos últimos. Más aun, el

paulatino decremento del gasto social dedicado a la salud, así como el empobrecimiento de los presupuestos dedicados a la asistencia social y atención médica, seguramente están produciendo un desequilibrio desfavorable que repercute en la cantidad y calidad de los servicios, en general, que se otorgan a la población trabajadora y que, en particular, se reflejan en el ámbito de la prestación de los servicio de salud en el trabajo.

El estudio se realizó en la UMF No. 45, localizada en la Delegación Política de Iztacalco, dado que forma parte de lo que el IMSS denomina, para fines operativos, Delegación 4 Sureste del D.F., sector que forma parte del cinturón metropolitano rebasado cada vez más por el crecimiento de la mancha urbana, especialmente intenso en las décadas de los setenta y ochenta. Este desarrollo ha producido una excesiva demanda de servicios asistenciales por parte de los trabajadores asegurados.

Ejemplo de lo anterior es que, en 1991, se observaron los siguientes indicadores: 29,489 empresas (entre industriales y de servicios) instaladas; 410,668 personas ocupadas; un total de 30, 960 eventos patológicos relacionados con el trabajo, es decir: 23,720 accidentes de trabajo, 7,165 accidentes en trayecto y 75 enfermedades laborales. Para satisfacer esta demanda el Instituto contaba, en la Delegación Iztacalco, con 4 Unidades de Medicina Familiar y 3 Hospitales Generales de Zona (HGZ).

Como se puede ver, estas circunstancias imponen, como una necesidad fundamental del estudio, intentar establecer cuál es

la situación actual de los servicios de salud en el trabajo del IMSS en la zona en estudio, tomando como referente a la UMF No. 45, y la relación entre demanda de los trabajadores asegurados (que acuden para su atención), oferta y calidad de los servicios en salud en el trabajo.

Para lograr lo anterior, se ha considerado conveniente realizar, en primer término, una caracterización estructural y operativa de los servicios de salud en el trabajo del IMSS y en la Delegación Política de Iztacalco (Delegación 4 sureste); en segundo término, conocer el perfil epidemiológico de los daños a la salud laboral de la población en estudio; en tercer lugar, conocer las demandas sentidas por una muestra de la población, en cuanto a cantidad y calidad de estos servicios, para establecer un perfil; y, en cuarto lugar, detectar la posible existencia de problemáticas en relación con la oferta, demanda y calidad de la atención presente en este servicio.

La importancia de llevar a cabo este estudio se fundamenta en los siguientes motivos: Se inscribe dentro de una línea de investigación de la Maestría en Salud en el Trabajo de la UAM-X, a través de los convenios de colaboración establecidos con el IMSS; la inexistencia de estudios que aborden los tres aspectos que se intentan relacionar en el presente estudio, pues los antecedentes muestran que los análisis desarrollados sólo tratan el problema de manera parcial y sin incluir aspecto específico de los servicios en salud laboral; el IMSS ha realizado algunos estudios acerca de la calidad de la atención y los servicios, además, cuenta con la información estadística apropiada (instrumentos de recolección de la información: formas 4-30-8;

MT-1, MT-2, MT-3, MT-4 y MT-5, así como su Sistema Único de Información (SUI), que permiten la realización de análisis estadísticos diversos), no obstante lo anterior, en esos estudios continúa ausente el análisis que correlacione los elementos objeto de estudio de la presente investigación; por último, la realización del estudio denominado "Trabajo, Familia y Salud en la Delegación Política de Iztacalco, 1990", como antecedente importante, que aborda el tema a nivel de población abierta y asegurada en su conjunto.

Con fines operativos, el trabajo se ha dividido en seis apartados. El presente capítulo I, de Introducción; los capítulos II y III, en los que se destacan los aspectos históricos, geográficos, políticos, así como sociodemográficos, socioeconómicos y de salud que facilitan la comprensión del objeto de estudio; los capítulos IV y V, en donde se desarrollan los contenidos conceptuales y de método que apoyan la investigación; el capítulo VI, en el que se tratan los hallazgos cuantitativos más importantes, relacionados con la oferta, demanda y calidad de los servicios en salud en el trabajo en la UMF No. 45, el capítulo VII de revisión bibliográfica, en el que se da cuenta del estado del arte en este campo en general y se destaca la necesidad de continuar esta línea de investigación; y, el capítulo VIII de conclusiones, en el que, además de mostrar los límites del presente estudio, se perfilan algunas propuestas a desarrollar además, figuran dos anexos que concentran el conjunto de la información estadístico-epidemiológica generada, así como los instrumentos de recolección y sistematización.

## II. ANTECEDENTES HISTORICOS, SITUACION GEOGRAFICA Y POLITICA Y, SOCIODEMOGRAFICA DEL ESTUDIO

### A) ANTECEDENTES HISTORICOS:

Iztacalco era un islote localizado en el Lago de Texcoco junto con Zacatlalmanco (luego Santa Anita) y la Mixhuca (ulteriormente Magdalena), la característica principal de este islote era la convergencia de las aguas saladas de Texcoco y las dulces de Xochimilco, hecho que confirió a sus pobladores la posibilidad de realizar una actividad particular: producir sal. De ahí el nombre de Iztacalco, cuyo significado es "casa de sal" o "lugar de casas blancas". En este lugar estuvo acentada parte de la civilización náhuatl.

### B) SITUACION GEOGRAFICA Y POLITICA:

Desde el año de 1929 Iztacalco se convirtió en una de las 16 delegaciones políticas del Departamento del Distrito Federal; sus 23.3 kilómetros cuadrados de superficie total, se encuentran integrados totalmente a la mancha urbana, prácticamente no hay reserva territorial.

En efecto, las colindancias de Iztacalco indican que está rodeado por el Municipio de Nezahualcóyotl, al oriente; la Delegación Iztapalapa, al sur; la Delegación Benito Juárez, al poniente; y, la Delegación Venustiano Carranza, al norte; sin existir, prácticamente, zonas agropecuarias a su interior.

Esta Delegación dedica el 99% de su suelo a cuatro usos principales: habitacional, asentamientos de industria, equipamiento y vialidades y áreas verdes; el restante 1% no tiene uso, hecho irrelevante para el estudio.

El 60% del suelo se usa para habitación, especialmente en tres tipos de asentamientos: grandes unidades habitacionales, colonias características de las décadas de los cuarentas a los sesentas y, los antiguos barrios del trazo original, ocupados en gran parte por vecindades, cuyos rasgos arquitectónicos se distinguen claramente de las colonias populosas. Está integrada por 30 colonias, 9 barrios y 4 grandes unidades habitacionales. En donde vivían, según el Censo de 1990: 448,357 personas.

El 11% del suelo delegacional se destina al asentamiento de industria, especialmente la mueblera, la de confección de ropa, la metalmecánica, las artes gráficas, la de lácteos, la de plásticos, la de autopartes, la vidriera y la eléctrica.

El 18% del suelo, se dedica a equipamiento, hecho que ubica a Iztacalco en el segundo lugar de las delegaciones del D.F. en este rubro. En este aspecto, cabe mencionar que proporciona servicios para otras Delegaciones, a través de instalaciones que, como las de la Ciudad Deportiva de la Magdalena Mixhuca, se ubican en esta Delegación pero son de uso metropolitano.

El restante 10% del suelo se dedica a vialidades y a áreas verdes, muy escasas por cierto. Debido a ello, Iztacalco puede considerarse una típica zona urbana, con la más alta densidad de población del D.F. (cerca de 20,000 habitantes por hectárea



contra el promedio del D.F. de 5.5 habitantes por hectárea). Las posibilidades de crecimiento de la delegación sólo son hacia arriba, lo que se efectúa en muy escasos predios en donde está autorizado el uso de suelo para construcción de casas-habitación con 800 habitantes por hectárea (Uso tipo H8).

#### C) SITUACION SOCIODEMOGRAFICA:

La incorporación de Iztacalco al proceso de urbanización, inherente al modelo de desarrollo económico adoptado en el país en las décadas de los cuarentas a los ochentas, muestra un crecimiento acelerado entre 1940 y 1970 (incremento demográfico de más de 40 veces la población inicial), seguido de una pequeña disminución de 6% entre 1970 y 1980 a la que se agregó otra del 21% en la década 1980-1990, por lo que podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que hay una tendencia a la migración de la población, en los últimos 20 años.

En términos de servicios, cuenta con un abasto de 3.6 metros cúbicos de agua por segundo (194 litros de agua/habitante/día), 565 kilómetros de red de drenaje, 1000 kms. de red de agua potable, 400 kms. de vialidades y 13,800 luminarias. La recolección de basura se realiza a través de 55 unidades, con 200 operarios, 500 barrenderos y 3 barredoras mecánicas para manejar diariamente el 75% de las 1,100 toneladas de desechos sólidos, generados en la Delegación.

Pese a ser la segunda Delegación en dotación de servicios urbanos, dista mucho de tener cubiertas al 100% las necesidades de su población en esta materia. Persisten 50 bloques urbanos

sin servicios básicos y, cerca de 15 tapones viales que afectan la traza y el desarrollo urbanos.

En Iztacalco se han construido una buena cantidad de planteles escolares (9 planteles por kilómetro cuadrado) a donde acuden 130,000 alumnos de varios grados. Existen 7 bibliotecas, 16 centros sociales y 8 centros deportivos.

Los servicios médicos están integrados por 5 Centros de Salud, 4 Clínicas, 3 Hospitales y 3 consultorios delegacionales (350 consultorios, 218 médicos y 567 enfermeras) apoyados por 9 unidades médicas, 4 centros del DIF y un centro de socorro de la Cruz Roja.

III. LA SEGURIDAD SOCIAL EN IZTACALCO (ESTRUCTURA-PROCESO-RESULTADOS, DEMANDA Y OFERTA DE ATENCION)

A) DEMANDA ESPERADA Y DEMANDA REAL:

Gran parte de la población de Iztacalco está protegida por algún sistema de la seguridad social mexicana; el IMSS protege a un porcentaje importante de la misma. (Ver cuadro No. 1)

Para cumplir con esta función el instituto cuenta, en este espacio geográfico, con un Hospital General de Zona (HGZ No. 30) y dos Unidades de Medicina Familiar (UMF No. 21 y 45), centros de atención que dependen administrativamente de la Delegación 4 sureste. Por tal razón, en los cuadros subsecuentes sólo aparecen las cifras de dichas UMF, en la medida en que el Hospital General de Zona no tiene adscrita una población fija bien determinada, pues aunque brinda servicios de consulta externa, esta misma es del tipo especializada o de segundo nivel; además de que carece de servicios operativos de salud en el trabajo.

Cuadro 1

POBLACION ADSCRITA A UNIDAD\*, SEGUN UMF  
DELEGACION POLITICA DE IZTACALCO 1993

UMF	POBLACION**	%
21	102 393	55.2
45	83 225	44.8
TOTAL	185 618	100.0

Fuente: Control de Prestaciones UMF.  
Delegación 4 Sureste, IMSS, 1994.

\* Población potencial.

\*\* Promedio mensual.

En este primer cuadro se muestra la población adscrita por UMF (población potencial/demanda esperada). Como se puede observar, pese a la dificultad de diferenciar, en números absolutos, la población cubierta que vive en esta Delegación Política, las cifras indican la posibilidad de inferir que un porcentaje elevado de ésta (41.4%), superior al promedio nacional (38-40%), es beneficiaria de dicha cobertura.

Cuadro 2

POBLACION ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR\*, SEGUN UMF  
DELEGACION POLITICA DE IZTACALCO 1993

UMF	POBLACION**	%
21	66 314	49.3
45	68 284	50.7
TOTAL	134 598	100.0

Fuente: Control de Prestaciones UMF.  
Delegación 4 Sureste, IMSS, 1994.

\* Población real.

\*\* Promedio mensual.

En el cuadro No. 2, presentamos la distribución de la población que vive en Iztacalco y está afiliada al IMSS, por adscripción a médicos familiares (población real/demanda real). Como se puede observar, en este caso, la cobertura representa el 30% de dicha población.

Cuadro 3

POBLACION ASEGURADA PERMANENTE, SEGUN UMF  
DELEGACION POLITICA DE IZTACALCO 1994

UMF	POBLACION*	%
21	57 709	65.3
45	30 659	34.7
TOTAL	88 368	100.0

Fuente: Sistema Unico de Información, IMSS.  
Delegación 4 Sureste, 1994.

\* Promedio mensual.

En el cuadro No. 3 se muestra la distribución de la población por UMF de adscripción, subsidiarias del Hospital General de zona No. 30, lo que nos da un total de 88,368 asegurados permanentes, cifra que constituye, hipotéticamente, el 19.7% de la población delegacional (demanda esperada).

Es interesante advertir, en los cuadros anteriores que, del total de la población adscrita por UMF, a la que denominaremos población potencial (demanda esperada), dado que no acude a su centro de atención el total de dicha población, se reduce notablemente, 72.5% de ésta, cuando sólo es considerada la población adscrita por médico familiar (población real/demanda real).

Este porcentaje se reduce todavía más, 47.6%, si sólo tomamos en cuenta a la población asegurada permanente, es decir, sin contar a la población bajo aseguramiento eventual.

Por otra parte, en números absolutos, el total de la población asegurada fue de 88,950 afiliados, cifra que corresponde al 99.3% de la población bajo aseguramiento permanente y, sólo el 0.7%, es decir, 582 afiliados bajo aseguramiento eventual.

#### B) ESTRUCTURA (OFERTA):

Otro aspecto importante de destacar es el relacionado con los recursos destinados por el IMSS, en Iztacalco, para atender la demanda señalada en el punto anterior, pues está representada por la cantidad de camas hospitalarias censables, médicos familiares disponibles para brindar la atención, UMF y hospitales. Con respecto al número de camas censables

instaladas, éstas se ubican en el HGZ No. 30, que cuenta con 120; el número de médicos familiares adscritos por UMF es de 80 para la UMF No. 21, y 36 para la UMF No. 45, lo cual hace la suma de 116 para el par de centros de atención; como ya se señaló anteriormente, la delegación cuenta con dos UMF y un HGZ.

Si comparamos estos datos con las cifras señaladas en los cuadros, entonces tenemos que ello representa una adscripción real de 1,160 derechohabientes por cada médico familiar (demanda real), en tanto que si consideramos a la población potencial (demanda esperada), entonces esta cifra se eleva a 1,600 derechohabientes.

Por otro lado, el número de derechohabientes por cada cama hospitalaria instalada se situó en 1,122 para el caso de la población real (demanda real) y 1,547 para el caso de la población potencial (demanda esperada).

Ante estas circunstancias cabe apuntar que, en países como Portugal y Brasil, para el año de 1975, la relación anteriormente anotada era de 163 personas por cama; en tanto que la relación de número de personas por médico fue del orden de 851. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera necesario para cubrir los requerimientos de salud de las poblaciones, 4.5 camas por cada 1,000 habitantes (una cama instalada por cada 222 personas). Mientras que en los Estados Unidos (USA) se estima como deseable 3 a 5 camas para un número semejante de personas, es decir, como mínimo una cama por cada 333 habitantes.

C) LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO:

Los servicios de salud en el trabajo del IMSS están estructurados verticalmente, lo que permite distinguir tres niveles básicos:

a) central; b) delegacional; y, c) operativo, cada uno con organización, objetivos y funciones bien definidas.

a) Nivel central

Corresponde a la jefatura de salud en el trabajo, instancia que tiene atribuciones a todos los niveles en el plano nacional. También en este estrato, y conformando la misma jefatura, se encuentran las subjefaturas de vigilancia epidemiológica en el trabajo y la de estudios de riesgos de trabajo e invalidez; además, la división de evaluación y la oficina administrativa.

Es importante hacer notar que el proceso general de la jefatura, el cual define las tareas que ésta realiza, también está organizado de manera vertical, se resumen en cinco puntos, en los que propone:

- Aplicar el marco legislativo en salud en el trabajo y cumplir con el programa nacional de salud.
- Analizar el comportamiento epidemiológico de los riesgos de trabajo e invalidez en las empresas afiliadas al IMSS.
- Determinar estrategias y fortalecer la coordinación concentración de acciones con los sectores público, social y



privado a fin de lograr mejores niveles de salud y seguridad de los trabajadores en las empresas.

- Coadyuvar a la mejora de la atención médica en riesgos de trabajo e invalidez a través de la realización de estudios especiales de la patología del trabajo, reincorporación laboral y otorgamiento oportuno de prestaciones.

- Coadyuvar en la formación y actualización de los recursos humanos en salud en el trabajo, fomentar la investigación y difundir la experiencia institucional." (IMSS, 1991)

El objetivo general de las dependencias que integran la jefatura es: "Promover la salud y la seguridad de los trabajadores en las empresas afiliadas al Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del establecimiento, evaluación y adecuación periódica de normas, procesos y programas de: orientación, concertación, educación, prevención, diagnóstico temprano de enfermedades de trabajo, investigación, activación de la atención médica para la reincorporación de los trabajadores al desempeño laboral y al otorgamiento oportuno de las prestaciones en dinero y en especie en los seguros de riesgos de trabajo y de invalidez." (IMSS, 1991) Las líneas precedentes describen, de manera resumida, una serie de tareas y acciones para abordar algunos de los problemas que se establecen en la relación trabajo-salud al interior de las empresas.

b) Nivel delegacional

Se encarga de planear, organizar y llevar a la práctica, por mediación de su respectivo nivel operativo, tanto el objetivo como el proceso general antes referidos.

De esta manera, el instituto contempla en su estructura 36 delegaciones que cuentan, cada una, con su propia coordinación de salud en el trabajo. De las anteriores, cuatro pertenecen al Distrito Federal y 32, denominadas estatales y regionales, están distribuidas en el territorio nacional, correspondiendo a los diferentes estados de la República Mexicana.

Destacan algunas delegaciones por el número de trabajadores afiliados, empresas registradas y eventos patológicos relacionados con el trabajo que se atienden. Por ejemplo, en 1993 las delegaciones que destacaron en estos renglones fueron, en orden descendente de importancia: Estado de México, Nuevo León, Jalisco, 1 noroeste, 3 suroeste y 4 sureste (estas últimas tres pertenecientes al Distrito Federal).

c) Nivel operativo

Este último nivel corresponde a los centros de atención de salud en el trabajo, son la parte funcional de esta estructura, ubicadas en las unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona con que cuenta el instituto en el país.

Estos servicios tienen como objetivo principal, en primera instancia, valorar y calificar, desde el punto de vista técnico-

médico y administrativo, las condiciones de salud de todo aquel trabajador que ha sufrido algún riesgo, ya sea accidente o enfermedad, relacionados con el desempeño de su trabajo. En este sentido, otorga o invalida la profesionalidad del evento y asigna, en el caso de calificar como SI DE TRABAJO, las incapacidades respectivas, cuya consecuencia para el trabajador es que lo exime de laborar por el tiempo que considere necesario el médico responsable del caso (duración de la incapacidad) y se le reedita el pago íntegro del salario correspondiente.

No obstante, ésta no es la única actividad relacionada con nuestro objeto de estudio, como en seguida veremos, desempeña una serie de acciones de mayor diversidad, lo que nos servirá para definir claramente el perfil de la oferta y el proceso de este servicio con la finalidad de delimitarlo, de acuerdo con nuestro propósito, baste ahora con señalar este nivel general del análisis.

Así, dichos servicios se encargan directamente de brindar este tipo de atención a los asegurados que la solicitan, a través del personal médico, quienes realizan una serie de acciones que pueden ser agrupadas en cuatro grandes rubros.

1. Actividades médicas. (Proceso)

- a) Elaboración de dictámenes de calificación de riesgos de trabajo, por medio del aviso para calificar probable riesgo de trabajo (hoja MT-1);
- b) Autorización de incapacidades generadas por riesgo de trabajo;
- c) Revisión de casos prolongados de incapacidad;

- d) Estudio de casos de probable enfermedad de trabajo;
- e) Visitas a empresas para valoración de enfermedades de trabajo;
- f) Previa revisión de secuelas, elaboración de dictámenes de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo (hoja MT-3);
- g) Revisión de casos probables de invalidez;
- h) Elaboración de dictámenes de invalidez (hoja MT-4);
- i) Interconsultas de la dirección y a médico familiar de la Unidad; y,
- j) Exámenes médicos de ingreso al personal del instituto.

2. Actividades médico-legales.

- a) Atención de quejas;
- b) Atención de demandas de estudio médico inicial; y,
- c) Comparecencia, en casos de demandas, ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA) de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), acción denominada pericial médico-legal.

3. Actividades de actualización y capacitación.

- a) Sesiones clínicas semanarias de la Unidad de Medicina Familiar;
- b) Sesiones quincenales del servicio de salud en el trabajo, de carácter bibliográfico y clínico;
- c) Asistencia a cursos y seminarios;
- d) Preparación y exposición de sesiones clínicas; y,
- e) Apoyo y participación en cursos y seminarios.

4. Actividades administrativas.

- a) Control del informe diario de consultas;
- b) Revisión del mecanografiado de dictámenes;
- c) Asistencia al comité local;
- d) Depuración semanal del archivo de riesgos de trabajo ocurridos y terminados (hojas MT-5);
- e) Elaboración del informe mensual del servicio; y,
- f) Elaboración anual del diagnóstico situacional del servicio.

Para el desempeño de sus acciones el personal médico especialista en medicina del trabajo (hoy día denominado de salud en el trabajo) o médico no familiar, cuenta además con un recurso humano que apoya sus tareas, se trata del auxiliar universal de oficinas.

Este personal también realiza ciertas labores rutinarias entre las que se cuentan:

- a) Atención directa al público, brindando información y orientación acerca de la serie de trámites a realizar por el paciente;
- b) Control de citas de primera vez y subsecuentes;
- c) Revisión de la documentación personal y médica que presenta el paciente (credencial, carnet de citas, notas médicas, de interconsulta y especialidades, etc.);  
Elaboración mecanográfica e integración del expediente médico;
- e) Revisión preliminar del informe médico inicial (hoja MT-43-08);
- f) Atención de solicitudes para tramitación de invalidez;

- g) Elaboración de oficios varios a solicitud de algunas UMF o la Delegación para conocer diagnóstico, tratamiento y grado de evolución de los pacientes;
- h) Control de los archivos de vigentes, altas del año, riesgos de trabajo ocurridos y terminados, -no profesional, nuevo ingreso y de demandas e inconformidades-; y,
- i) Mecanografiado de relaciones semanales de altas, casos terminados, nuevo ingreso, no profesionales y dictámenes de invalidez y defunción. Todos ellos, para ser enviados a la Delegación respectiva.

De esta manera, el instituto organiza y lleva a cabo las funciones y objetivos que persigue, en este ámbito, teniendo como sustentación operativa de funcionamiento a los servicios de salud en el trabajo. Es necesario aclarar que, esta forma de organización y acción no es específica de alguna Delegación o UMF en particular, sino que es, relativamente, homogénea en todos los servicios de salud en el trabajo con que cuenta el IMSS.

#### **D) SALUD EN EL TRABAJO EN IZTACALCO:**

Algunos indicadores que describen la situación general y particular de la zona en estudio, relacionadas con este trabajo son los siguientes:

- a) Demanda en general

En el año de 1993 la Delegación 4 Sureste del IMSS, a la cual pertenece Iztacalco, en particular la UMF 45, ocupó el sexto

lugar, a nivel nacional, en cuanto al número de empresas registradas por el instituto (27,273 empresas), que dieron empleo a 412,021 trabajadores. (IMSS, 1994a)

Para el mismo período, se registraron un total de 28,312 casos de riesgos laborales, de los cuales 21,798 correspondieron a accidentes de trabajo, 6,455 accidentes en trayecto y 59 enfermedades de trabajo; las tasas por cada 100 trabajadores expuestos, se estimaron en 6.9, 5.3, 1.6 y 0.01, respectivamente. Además, dichos eventos, en conjunto, generaron 694,420 días de incapacidad temporal, con un promedio general de 24.5 días por caso. Asimismo, 670 casos de incapacidad permanente, correspondiendo 545 a los accidentes de trabajo, 76 a los accidentes en trayecto y 49 a las enfermedades de trabajo. Además, ocurrieron 49 defunciones, 35 de ellas por accidente de trabajo y 14 por accidente en trayecto.

En síntesis, este fue el panorama general presentado por la Delegación 4 Sureste en el ámbito de los eventos patológicos laborales y, algunas de sus consecuencias sobre la población trabajadora expuesta, en el lapso antes anotado.

#### b) Demanda en particular

Para el año de referencia, la zona de estudio, incluyendo los servicios de salud en el trabajo de las UMF No. 21 y No. 45 (IMSS, 1994b), contaba con una población asegurada permanente de 185,618 trabajadores, la cual, por sector económico, se distribuía de la siguiente manera: 5.1% (9,467 trabajadores) en el sector primario; 20.1% (37,309 trabajadores) en el

secundario; y, el porcentaje más alto, 74.8% (138,842 trabajadores), en el sector terciario.

Estos servicios registraron 6,270 riesgos de trabajo, de los cuales 4,892 correspondieron a accidentes de trabajo, 1,361 a accidentes en trayecto y 17 a enfermedades de origen laboral. Los tres principales diagnósticos fueron: para los accidentes de trabajo, 561 casos de heridas en dedos de las manos, 265 casos de esguince lumbar, y 250 lesionados por contusiones de miembros torácicos; para los accidentes en trayecto, 113 casos de esguinces de tobillo, 109 casos de contusiones de miembro pélvico y, 98 casos de contusiones en miembro torácico; y, para las enfermedades de trabajo, 7 casos de bronquitis industrial, 6 casos de corticopatía bilateral por trauma acústico crónico y, 2 casos de neumoconiosis.

Los eventos patológicos anteriores, generaron un total de 129,196 días de incapacidad temporal, para un promedio de 20.6 días de incapacidad por caso. Desglosando esta cifra por clase de evento, a los accidentes de trabajo correspondieron 91,270 días (70.6% del total), con un promedio de 18.7; y, a los accidentes en trayecto, 37,926 días perdidos por incapacidad (29.4% del total), para un promedio de 27.9 días por caso.

Otro tipo de resultado negativo, de los riesgos de trabajo, fueron las incapacidades parciales permanentes que, en total, sumaron 146 casos; 104 casos (71.23% del total) correspondieron a los accidentes de trabajo; 26 casos (17.81% del total) a los de trayecto; y, 16 casos (10.96% del total) a las enfermedades de trabajo. Los diagnósticos que ocuparon el primer sitio, según



tipo de riesgo, fueron: rigidez en dedos de las manos, secuelas de fracturas en miembro torácico y corticopatía bilateral por trauma acústico crónico, en el mismo orden.

El resultado más oneroso para el trabajador, las defunciones, cuantificó 6 casos; 4 casos debidas a accidentes de trabajo y 2 casos a consecuencia de accidentes en trayecto. La causa más frecuente (4 casos) correspondió a traumatismo craneoencefálico, registrándose 2, para cada tipo de accidente.

Las erogaciones del instituto por concepto de incapacidades pagadas por riesgo de trabajo, ascendió a 4 millones y medio de nuevos pesos, aproximadamente; esta cifra se refiere exclusivamente, a la zona Iztacalco.

Por último, destaca el dato particular, relacionado con el ámbito de estudio, la UMF 45, que reportó en este año la cantidad de 2,737 riesgos laborales; 2,266 accidentes de trabajo (82.8% del total de riesgos), 463 accidentes en trayecto (16.4% del total) y, 8 enfermedades de trabajo (0.3% del total).

#### IV MARCO CONCEPTUAL

##### 1. INTRODUCCION

Desde la publicación de la obra de Lee y Jones, en 1933, en la que estos autores "definieron la buena atención médica como un prelude a especificar las necesidades de la atención, de las que derivaron los requerimientos correspondientes de personal y recursos" (Donabedian, 1984), enunciadas en la siguiente definición:

"La buena atención médica es la clase de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en determinado momento o período social, cultural y de desarrollo profesional en una comunidad o grupo de población ... El concepto de buena atención médica que se ha empleado en este estudio se basa en algunos 'artículos de fe' que pueden enunciarse como que 'La buena atención médica ...

1. se limita a la práctica de una medicina racional basada en la ciencia.
2. enfatiza la prevención.
3. requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.
4. trata al individuo como un todo.
5. mantiene una relación personal estrecha y continuada entre el médico y el paciente.
6. está coordinada con el trabajo y la asistencia social.
7. coordina todos los tipos de servicios médicos.

8. implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente" (Lee y Jones, 1933) (Donabedian, 1984).

Pasando por el decidido impulso que esta disciplina, joven aún, recibió como respuesta a la preocupación acerca de los elevados costos de los servicios de salud pues, mediante la aplicación de un modelo interdisciplinario, habían sido cuestionados los beneficios de dichos servicios los niveles de salud de las poblaciones.

Hasta 1964, año en que se habían echado ya los cimientos de casi todos los principales enfoques de la evaluación de la calidad. (Donabedian, 1988). Con esto, la investigación de servicios de salud se consolida formalmente.

En 1968 un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio a la tarea de identificar y dar a conocer un listado de las áreas consideradas como prioritarias en la investigación de servicios de salud.

En este listado se describen la clase de problemas que este campo del conocimiento se dedica a estudiar, los cuales se pueden resumir en: formación y utilización de recursos humanos, organización y uso de servicios, costos de la atención médica, sistemas de información para la salud, estudios de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, necesidades y demandas de los servicios, y calidad de la atención médica.

La investigación de servicios de salud en México tiene, relativamente, poco tiempo de haber sido reconocida de manera formal, por lo que los trabajos en este campo no han sido muy prolíficos, comparada con otro tipo de investigaciones desarrolladas en el campo de la salud (Aguilar, 1993).

El avance de esta disciplina en nuestro país, se ha dado bajo los esquemas teóricos y metodológicos propuestos por los países en que surgió que, como es bien conocido, presentan características distintas; hecho que se refleja en los diferentes problemas de salud y, por tanto, en una distinta organización y funcionamiento de los servicios de salud (Castañón, 1980).

Esta situación impone la necesidad de construir un paradigma adecuado a nuestra situación y necesidades; en consecuencia, un marco conceptual, una metodología, una serie de categorías y, una estructura de análisis, todo ello con respecto a nuestras condiciones particulares, basadas en la teoría desarrollada por los especialistas de este campo, para que, parafraseando a Donabedian, nos ayude a cardar pacientemente varias hebras o desesperadamente usar una espada para cortar ese nudo gordiano que significa evaluar la calidad de la atención médica y descifrar ese misterio, en particular en el servicio de salud en el trabajo en el IMSS.

No es nuestra intención, en el presente trabajo, elaborar toda una metodología y, mucho menos, una teoría sobre la calidad de la atención médica en nuestro país, antes bien lo que pretendemos es lograr una aproximación en la reconstrucción de

un objeto de estudio en particular, la evaluación de la calidad de la atención médica en los servicios de salud en el trabajo, que apoye al análisis y la interpretación del estado del arte en este campo específico. Todavía más, la situación actual de estos servicios en la UMF no. 45 del IMSS.

Para conseguir este objetivo, haremos una descripción de los los elementos conceptuales centrales de la investigación, a la luz de las características de nuestro objeto de estudio. Partiremos de enunciar las definiciones básicas que den cuenta del problema en estudio y, con base en ello, diseñar el eje tendencial de análisis.

Como se mencionó en la introducción, el marco conceptual que sirve de fundamento, es la teoría formulada por Avedís Donabedian (1984 y obras sucesivas), entonces, partiremos de mencionar que, como dice este autor, "la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables", por lo tanto "una evaluación de la calidad es un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así, en que medida". (Donabedian, 1984)

Para el caso de nuestro objeto de estudio, es indispensable estimar en qué grado la atención prestada, en el servicio de salud en el trabajo de la UMF No. 45 del IMSS, posee esta propiedad; con ello, estaremos en posibilidades de establecer un juicio sobre si este caso específico tiene dicha propiedad y en qué medida. En ese sentido, requerimos identificar los atributos que la constituyen y traducirlos a criterios y normas para hacer

juicios consistentes, como parte importante de la dilucidación del problema que nos ocupa.

Comencemos por explorar lo que, en el nivel más amplio, este mismo autor señala; pues, considera "tres enfoques o estrategias básicas que inician la progresión de los principios generales a mediciones más específicas: estructura, proceso y resultados" (Donabedian, 1984).

Al afirmar que la calidad de la atención médica es un atributo que dicha atención debe tener en un grado mayor o menor, automáticamente nos está remitiendo a que, el objeto primario de estudio de este hecho, es la serie de actividades que se llevan a cabo entre dos personajes centrales, por y entre profesionales y pacientes; denominados por él como "proceso" de la atención médica (Donabedian, 1984).

Parecería relativamente muy sencillo y el camino más directo para una evaluación de la atención médica, si sólo se hiciera (aunque se reconoce la complejidad de este aspecto) un examen de esta atención, no obstante, resulta que este evento se efectúa bajo características particulares de relativa estabilidad de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y de organización donde trabajan, incluyendo los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica, lo mismo que la existencia de seguros de salud. A todo esto le llama "estructura" (Donabedian, 1984).

Del "proceso", considerado como el objeto primario de estudio, que se lleva a cabo entre los profesionales y pacientes (la atención médica), que se efectúa bajo determinada "estructura", es decir, características relativamente estables de los proveedores de la atención, se espera un cambio en el estado actual o futuro de la salud del paciente, atribuido al antecedente de la atención médica, incluyendo el mejoramiento de la función social y psicológica, con énfasis sobre los aspectos físicos y fisiológicos de la actuación de los pacientes. Es decir, un "resultado" (Donabedian, 1984).

Al primer enfoque, "proceso", Donabedian le llama directo de evaluación de la calidad de la atención médica; a los dos siguientes "estructura" y "resultados", indirectos. Para el caso que nos ocupa, es necesario una primera tarea de delimitación del problema, tomando como base los elementos teóricos enunciados hasta aquí.

## 2. ESTRUCTURA

Recordemos que, en nuestro país, el sistema de atención médica se puede clasificar como del tipo administrativo-profesional, de acuerdo con Campbell o del tipo propiedad del Estado con control disperso con base en aporte/privilegio, según Frenk y Donabedian. Y, que el IMSS es un organismo descentralizado del Estado cuya finalidad es brindar servicios de salud a una importante proporción de la población trabajadora.

Por otro lado que, esa población trabajadora, se encuentra inscrita básicamente en cinco clases de seguro; el de Riesgos de

Trabajo, el de Enfermedad General y Maternidad, el de Guardería, el de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte y, el de retiro. Este hecho les confiere una serie de derechos tales como: prestaciones en especie y en dinero. Lo mismo que determinadas condiciones y obligaciones.

Para el cumplimiento de este compromiso, el IMSS cuenta con una estructura y organización bien definidas, en particular, con los servicios de salud en el trabajo. Estos servicios están estructurados verticalmente, por lo que se pueden distinguir claramente tres niveles:

1. El central,
2. El delegacional y,
3. El operativo.

Este último nivel corresponde a las unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona con que cuenta el instituto en el país, es decir, son la parte funcional de los servicios de salud del IMSS. En cada UMF y en algunos HGZ podemos encontrar un servicio de atención de salud en el trabajo que, en particular, son la parte funcional, en este ámbito, del nivel central de los servicios de salud en el trabajo.

Estos servicios tienen como objetivo principal valorar y calificar, desde el punto de vista técnico-médico, las condiciones de salud de todo aquel trabajador víctima de un accidente o enfermedad relacionada con el desempeño de su trabajo. En ese sentido, acepta o niega la profesionalidad del evento patológico y asigna la medida pertinente que, en el caso



de ser considerado como SI de trabajo, confiere al trabajador una incapacidad, en sus diferentes variables, con la consecuente exención para trabajar por el tiempo que considere conveniente el médico a cargo del caso y, se le reeditúa el pago íntegro del salario correspondiente.

### 3. PROCESO

De la estructura señalada anteriormente se desprende que dichos servicios de salud en el trabajo se encargan directamente de brindar este tipo de atención a los asegurados que la solicitan, por medio del personal médico, principalmente, cuya función es realizar una serie de acciones que pueden ser agrupadas en cuatro grandes campos de actividades:

- A) técnico-médicas,
- B) médico-legales,
- C) de actualización y capacitación y,
- D) administrativas.

Además del médico, este servicio cuenta con un recurso humano que apoya las tareas del médico especialista, al que se le denomina auxiliar universal de oficina.

Estas actividades ya han quedado señaladas en el capítulo III, si bien se comprende que la acción conjunta, organizada e integral de este personal tendrá como resultado una buena atención, es decir de calidad, en este punto sólo destacaremos aquellas que tienen que ver, según la perspectiva adoptada, con las actividades que nos permitan hallar los atributos

susceptibles de convertir en criterios y normas que, a su vez, hagan posible el establecimiento de un juicio sobre la calidad de esa atención.

Desde nuestro punto de vista, aquellas actividades que deben ser consideradas son las contenidas en el punto A; es decir, las actividades técnico-médicas. Dado que, para el caso de esta investigación, sólo pretendemos explorar este ámbito, esas actividades son:

La elaboración de dictámenes de calificación de riesgos de trabajo por medio del aviso para calificar riesgos de trabajo (forma MT-1); la autorización de incapacidades; la revisión de casos prolongados de incapacidad; el estudio de casos de probable enfermedad de trabajo; la elaboración de dictámenes de incapacidad permanente, previa revisión de secuelas, o de defunción (forma MT-3); la revisión de casos de probable invalidez; la elaboración de dictámenes de invalidez (forma MT-4); las interconsultas a la dirección y a médicos familiares de la UMF respectiva; y, los exámenes médicos de ingreso al personal del instituto.

Es conveniente incluir en estas actividades, las desempeñadas por el personal de apoyo, en la medida en que las consideramos parte importante del proceso que pretendemos explorar, así, la atención directa al público brindando información y orientación acerca de la serie de trámites a realizar por el paciente; el control de citas de primera vez y subsecuentes; la revisión de documentación personal y médica que presenta el paciente (credencial, carnet, notas médicas, de interconsulta y

especialidades, etc.); la elaboración mecanográfica e integración del expediente médico; la revisión preliminar del informe médico inicial (forma MT-4-30-8); la atención de solicitudes para tramitación de invalidez; la elaboración de oficios varios a solicitud de algunas UMF o la Delegación para conocer diagnóstico, tratamiento y grado de evolución de los pacientes; el control de los archivos de vigentes, altas del año, riesgos de trabajo ocurridos y terminados, no profesional, nuevo ingreso y de demandas e inconformidades; y, el mecanografiado de relaciones semanales de altas, casos terminados, nuevo ingreso, no profesionales, dictámenes de invalidez y defunciones. Todo lo anterior para ser enviado a la Delegación respectiva. Son aspectos que pueden incidir en el juicio sobre la calidad de la atención, de acuerdo con nuestro enfoque.

#### 4. RESULTADOS

En cuanto a este punto, es necesario aclarar que, aunque en el capítulo III, inciso sobre la salud en el trabajo en Iztacalco, se da cuenta, de una manera más o menos detallada, de los riesgos ocurridos y terminados, así como de sus consecuencias, según las estadísticas del instituto, para el año de 1993, estos elementos no pueden ser considerados como resultado de la acción, por y entre profesionales y pacientes, del servicio de salud en el trabajo de la UMF en particular (para nuestro caso, de la UMF No. 45). En todo caso serían un resultado de la acción conjunta, organizada e integral de este servicio e involucraría a todos los niveles de la estructura señalada, en particular; así como del instituto en general.

Por lo antes dicho debo especificar que, de acuerdo con el nivel de análisis, así como de la delimitación que he desarrollado; los resultados a los cuales se refiere este trabajo, son aquellos que pretendo explorar en relación con el proceso directo de la atención en el servicio de salud en el trabajo de la UMF No. 45 del IMSS, es decir, del conjunto de acciones que se efectúan por y entre los profesionales encargados de brindar la atención de salud en el trabajo y los pacientes en la UMF de referencia. Valga desde ahora subrayar que este aspecto es un punto central a explorar en la presente investigación.

En este mismo sentido, también es conveniente aclarar que, de acuerdo con las actividades señaladas en párrafos anteriores, en relación con las funciones del médico que atiende este servicio, desde mi punto de vista, éste podría ser considerado como un "ajustador", al estilo tradicional de actuación del personal de las compañías aseguradoras pues, en esencia, valúa, dictamina y califica la profesionalidad del evento, o lo niega, para asignar, en el caso correspondiente, la medida legalmente establecida, con sus consecuencias respectivas. Es evidente que, además del conocimiento técnico-legal y técnico-administrativo, para llevar a cabo esta función, es indispensable, asimismo, el conocimiento técnico-médico. De igual manera, queda claro que, este profesional no desempeña acciones terapéuticas ni vigila la evolución del paciente para tomar las medidas convenientes a ésta misma, sólo lo hace para estimar las secuelas y modificar la decisión inicial sobre las prestaciones en dinero a que el trabajador se hizo acreedor.

Paso ahora al siguiente nivel de análisis, para ello, en primer término rescato tres conceptos clave en esta investigación: oferta, demanda y calidad de la atención.

## 5. LOS CONCEPTOS DE OFERTA, DEMANDA Y CALIDAD DE LA ATENCION

### a) Oferta en salud

El sector público, en este caso el IMSS, dadas sus características particulares, enfoca a la oferta exclusivamente como la prestación de servicios, en la medida en que no contempla, dentro de sus atribuciones y capacidades, la producción y oferta de bienes estrictamente.

De acuerdo con este rasgo particular, la oferta del instituto está condicionada por factores tales como: a) La capacidad instalada de bienes, en cuanto a la cantidad y calidad de los recursos materiales específicos y disponibles, para brindar los servicios de salud en su conjunto o, en el caso específico, de la atención médica personal; b) La capacidad de resolución técnica, respecto de la cantidad y calidad de los recursos humanos y financieros, que se requieren para el funcionamiento de las unidades médicas; c) La optimización en el uso de dichos recursos frente a las necesidades actuales y potenciales a futuro; d) La magnitud del déficit, en referencia al grado de insatisfacción de las necesidades actuales; y, e) Las políticas gubernamentales en cuanto a la importancia o utilidad de invertir en programas sociales de esta naturaleza.

b) Demanda y necesidad en salud

En lo que se refiere a la demanda, ubicada en el campo de la economía, necesariamente se sitúa en relación a un precio; condición que no ocurre de esta manera en el terreno de la salud pues, ésta no puede ser adquirida, sino que, lo que se obtiene propiamente es un servicio. No obstante esta situación, dicho servicio tiene un costo que, en el caso del IMSS, es pagado de manera tripartita por el trabajador, el empleador y el Estado (LSS, 1993).

En función de este planteamiento se debe reconocer, entonces, que en esencia no existe una demanda de salud como tal, por lo tanto que, si nuestra pretensión es medir, lo que es posible medir está en relación directa con la esfera de las necesidades. Es decir, en este caso no opera el uso estricto de los términos económicos. Debido a ello, lo que se propone, en el mejor de los casos es que, no existe una verdadera demanda de servicios de salud, sino más bien una necesidad que debe ser satisfecha (Gil, 1971).

En esta línea, se reconocen que, más que demanda, lo que existe son necesidades de salud. Esto implica que las necesidades se pueden medir, ya en términos de salud o ya en servicios prestados al paciente o la comunidad. Por lo que se ha definido el concepto de necesidad social en cuatro niveles:

- 1) Normativa. Aquella definida por expertos como el resultado de comparar una situación deseable con la real de una persona;

- 2) Sentida. Considerada así cuando la gente percibe que existe la necesidad de un servicio;
- 3) Expresada. La necesidad sentida traducida en una acción concreta; y,
- 4) Comparativa. Resulta del análisis de las características de personas que reciben servicios y de la identificación de personas con las mismas características, que no lo reciben.

Schlaepfer (1988) se concentran específicamente en la clasificación de las necesidades de salud y las dividen en:

- a) Percibidas. Son condiciones identificadas como anormales por el individuo o su familia, a partir de lo cual se deriva una serie de posibles acciones;
- b) No manifiestas. Son condiciones no reconocidas por el individuo o su familia, pero pueden ser identificadas por los expertos;
- c) Demanda de servicios no satisfecha. Es una necesidad expresada por el individuo pero no atendida, debido a problemas tales como la disponibilidad o accesibilidad de los servicios; y,
- d) Demanda satisfecha. Son las condiciones identificadas y atendidas por el sistema de salud.

Ambas, entonces, oferta y demanda, quedan inmersas en el ámbito de la investigación de servicios de salud; en especial, dentro del campo de la evaluación de la calidad de la atención médica, hecho que, líneas adelante se destaca (Miranda, 1993).

#### c) Calidad de la atención médica

Para encontrar una definición válida de lo que debe entenderse como calidad de la atención médica, es prioritario tomar en cuenta algunos elementos considerados básicos. Entre estos destaca el tratamiento, que es aquel que proporciona el personal médico a un paciente determinado con un cierto problema de salud definido. Es posible distinguir dos aspectos relevantes de dicho tratamiento: el técnico y el interpersonal.

El primero se caracteriza por la aplicación de la ciencia y la tecnología, tanto de la medicina como de otras ciencias, al manejo de un problema individual de salud. El segundo, es la interacción médico-paciente que se establece al momento de brindar un servicio, el médico, por demanda (necesidad) del paciente.

Un tercer aspecto factible de ubicar, es aquel que describen algunos autores con los términos de "escenarios" y "amenidades", que involucra de manera general el espacio físico, confort, cortesía, privacidad y aceptabilidad que se le ofrece al paciente, cuando acude a solicitar el servicio.

Este último aspecto, debido a las características propias que presenta, no queda claro cómo debe ser incorporado y manejado



dentro de un modelo general de salud. Razón por la cual, en el estudio de la calidad de la atención, no debe estudiársele por separado, sino como un componente de la relación interpersonal.

Ahora bien, si la calidad de la atención, en su aspecto técnico, se define como la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de tal manera que aporte el máximo beneficio a la salud del paciente sin que por esto aumente sus riesgos; entonces, el grado de calidad es la medida en que la atención brindada ofrece un equilibrio favorable entre riesgos y beneficios. Elemento de la investigación que, en apariencia, no representa demasiado problema.

Sin embargo, el proceso interpersonal es más difícil de resumir, puesto que involucra valores y normas socialmente establecidas que regulan las relaciones e interacciones de los individuos, tanto en forma grupal como en situaciones particulares. De esto se desprende que el nivel de calidad de este punto se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.

Un indicador destacado del que se debe echar mano cuando se indaga acerca de la calidad, es aquel que permite ubicar la cantidad de atención prestada en los servicios médicos. Dado que, es claro que cuando el paciente recibe atención médica en cantidad insuficiente, como para aportar a su salud y bienestar todos los beneficios posibles, resulta obvio que la atención es de baja calidad debido a sus carencias cuantitativas. De igual manera se tiene esta percepción cuando no se recibe atención alguna cuando debiera recibirse. Lo anterior significa que

existe alguna falla del sistema encargado de suministrar la atención, incluso la falla puede venir del paciente mismo.

Por lo tanto, siempre que se habla de una valoración acerca de la calidad de la atención médica, debe ser tomada en cuenta la cantidad de la misma; ya que la cantidad y calidad de la atención se encuentran intrínsecamente ligadas.

Otro aspecto relevante, lo constituye el costo monetario de los servicios en relación con la calidad, ya que visto de manera gruesa, la calidad cuesta dinero. Este problema se evidencia cuando existen ineficiencias en los métodos y en la producción de los servicios, con el consecuente aumento en los costos y el deterioro de la calidad. Una respuesta a este problema debe plantear la supresión de servicios inútiles y la producción de servicios más eficientes.

Cuando la interacción del binomio médico-paciente se traspola a la prestación de servicios por parte de una institución o un grupo de profesionales, dirigida a poblaciones enteras, es preciso involucrar el término accesibilidad; entendiendo éste como la facilidad para iniciar y mantener la atención solicitada.

En este caso, la accesibilidad depende de las características de los proveedores, quienes hacen, en mayor o menor grado, fácil de alcanzar y de usar el servicio; así como de los pacientes, los que se enfrentan a ciertos obstáculos espaciales, sociales, psicológicos y financieros, si es el caso, que se interponen entre ellos y la recepción de la atención.

En el contexto de la interacción médico-paciente, este último juega un papel importante cuando se intenta encontrar una definición de la calidad de la atención. Es claro que el paciente contribuye tanto individual como colectivamente y de muchas formas en esta búsqueda. Así, la satisfacción del paciente a menudo ha sido incluida en investigaciones al respecto como un componente relevante de la calidad.

La satisfacción del paciente, aparte de ser en sí un objetivo y a la vez un resultado de la atención, como lo es la curación de una enfermedad o accidente determinado, puede situarse como un aporte a otros objetivos y resultados. Por ejemplo, existe mayor probabilidad de que un paciente satisfecho se convierta en un cooperador del médico, aceptando y siguiendo la prescripción y recomendaciones de éste. Además, la satisfacción también influye de manera directa en la accesibilidad de los servicios, teniendo en cuenta que un paciente satisfecho es más probable que vuelva a buscar la atención médica o institucional cuando la requiera.

De esta forma la satisfacción del paciente se puede plantear como una medida de la calidad, ya que es capaz de proporcionar datos acerca del éxito, del médico o institución, por alcanzar los valores y expectativas que espera le sean cubiertas. Entonces, el medir la satisfacción individual o colectiva se convierte en un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación de los servicios médicos.

La opinión de la calidad expresada por el paciente, ya como satisfacción o insatisfacción, puede ser explorada desde varias perspectivas. Puede incluir la investigación acerca los aspectos

relacionados con el tratamiento técnico, las características de la atención interpersonal, incorporando el análisis de los "escenarios" y "amenidades" o, incluir las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas y/o sociales de los cuidados médicos.

Los anteriores elementos, vistos de manera global, muestran que la satisfacción del paciente está directamente relacionada con la calidad de los servicios de varias maneras. La satisfacción del paciente debe figurar como un beneficio de la atención y, si esto es así, pertenece al recuento de beneficios y daños aportados a la salud, los que, en conjunto, constituyen el núcleo primordial de la definición de la calidad.

La calidad de la atención puede intentarse definirla en función de su complejidad, partiendo del binomio médico-paciente; este último ubicado ya en su esfera individual o colectiva. Ambos, médico y paciente, diferenciados por ciertos rasgos particulares distintivos.

En el caso del médico, como profesional de la salud y experto en el campo, puede valorar hasta qué punto sus conocimientos e intervención contribuyen a la salud y de qué manera puede medirse su aportación. Entonces, la calidad de la atención médica puede definirse como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre beneficios y riesgos a la salud del paciente. Si se hace referencia al paciente en la esfera individual, esta definición tendrá que sustentarse y abordar obligadamente los deseos, expectativas y valoraciones que dicho paciente tiene acerca de los servicios de salud.

En cuanto al caso de una definición que abarque los grupos o colectivos sociales, se deben incluir los elementos que conforman la definición anterior; pero además, tomar en cuenta el beneficio que se aporta a una población dada y la manera en que se distribuye socialmente entre los grupos humanos involucrados.

De este modo, dice Donabedian(1984), es verdaderamente difícil seleccionar alguna de las tres definiciones de la calidad anteriores. Baste decir, señala, que cada una de ellas es verdadera dentro de un contexto apropiado y que, el inclinarse por alguna sobre las otras, está en función del alcance o nivel de interés de lo que pretendemos investigar acerca de la calidad de la atención.

Hasta aquí, he intentado clarificar algunos conceptos y definiciones que atañen específicamente a la calidad de la atención de los servicios médicos, relacionados con mi objeto de estudio. Ahora bien, es imprescindible acotar cuáles son los atributos particulares que, una vez analizado este marco teórico, me servirá para establecer, una vez convertidos en criterios y normas, el juicio sobre la situación de la atención en el servicio de salud en el trabajo de la UMF No. 45 del IMSS.

#### 6. OFERTA EN LA ZONA DE ESTUDIO:

Como ya se señaló, el ámbito del estudio es el servicio de salud en el trabajo de la UMF No. 45, "Dr. Antonio Rios Vargas", del IMSS. Ubicada en la calle Sur 159 No. 1418, Colonia Ampliación Gabriel Ramos Millán, México D.F. Esta UMF brinda atención,

exclusivamente, a trabajadores y sus familias que viven en la zona de estudio, la Delegación Iztacalco, sin importar la ubicación de su centro laboral en la zona metropolitana.

Para la operación de este servicio, cuenta con un médico especialista en medicina del trabajo y un técnico administrativo (auxiliar general de oficina), los recursos materiales son aquellos propios de la Institución, específicamente una sala de espera, compartida por otros servicios, en la que se sitúan 1 sillón de tres plazas. Cuenta además con un escritorio en donde el personal auxiliar controla la afluencia de pacientes. El consultorio, cuyas dimensiones son de 8 metros cuadrados (4 X 2 mts.), cuenta con un escritorio y 3 sillas, una para el médico y dos para el paciente y un acompañante, una mesa de exploración separada por un biombo y el instrumental suficiente para los procedimientos técnicos generales que necesite realizar el médico. Además cuenta con archiveros, papelería y material de oficina suficiente.

#### 7. DEMANDA EN LA ZONA DE ESTUDIO:

La población adscrita a la UMF No. 45, es de 83,225 pacientes (demanda esperada), en tanto que la población adscrita a médico familiar es de 68,248 pacientes (demanda real), de esta población, cabe aclarar que sólo el 47.6% del total, se encuentra bajo aseguramiento permanente.

Dado que no contamos con la cifra exacta de la población asegurada, tanto permanente como eventual, es decir la población sujeta a régimen obligatorio de acuerdo con lo señalado por la

Ley del Seguro Social (IMSS, LSS, 1993), sin tomar en cuenta a los beneficiarios del aseguramiento. Se estimó únicamente la demanda real teórica (es decir, no se está incluyendo a aquellos trabajadores que acudieron al servicio de salud en el trabajo y les fue negada la profesionalidad del riesgo), con base en las cifras de los eventos patológicos del trabajo, ocurridos en el año de 1993, esto es: 2,737 casos de riesgo laboral (casos ocurridos-demanda real) de los cuales; 2,266 (82.8% del total) correspondieron a los accidentes de trabajo; 463 a los accidentes en trayecto (16.4%) y 8 a las enfermedades de trabajo (0.3%).

Las cifras anteriores, arrojan un promedio de 228.08 casos de riesgo laboral por mes; es decir, 188.83 accidentes de trabajo; 38.58 accidentes en trayecto; y, 0.66 enfermedades de trabajo. Estos datos dan una idea cercana a la demanda esperada para el siguiente año, período en que se desarrolló la presente investigación.

#### 8. CALIDAD DE LA ATENCION EN LA ZONA DE ESTUDIO

Lo revisado hasta aquí ha permitido describir un eje central de investigación preliminar con las siguientes características:

En primer lugar, al hacer referencia a la calidad de la atención médica en el servicio de salud en el trabajo en la UMF No. 45 del IMSS, se debe tener en mente una serie de conceptos y variables relacionadas el problema que pretendo resolver, su adecuada delimitación influirá directamente en el tipo y profundidad del estudio que llevare a cabo. En otras palabras,

si bien he dado cuenta de una serie de enfoques, niveles y ámbitos de análisis para dilucidar, por tanto líneas de investigación a desarrollar, acerca del estado del arte en la investigación sobre la calidad de la atención médica en el servicio de salud en el trabajo en el IMSS, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de la presente investigación, se ha considerado conveniente sólo explorar elementos tales como el tratamiento técnico, la relación interpersonal, incluida en este aspecto las "amenidades" o "escenarios" de la atención; la cuantificación de la atención médica recibida; la accesibilidad a los servicios de salud; la satisfacción del paciente; y, los costos de los servicios.

Dado que, de la selección de las variables a estimar, dependerá el acceso al conocimiento específico que se requiere para su tratamiento, así como los alcances y limitaciones marcados para la investigación. Cabe aclarar que, la indagación se basa en aquellas variables específicas que permitan, sobre todo iniciar una exploración somera.

En segundo término, es conveniente hacer una clasificación de los ámbitos que se pretende analizar para obtener la información acerca de las variables definidas en la investigación, para lo cual se tomó como base la clasificación descrita por Donabedian, modificada por destacados investigadores de los servicios de salud, que aporta una guía sobre el tipo de información por recabar, procesar y analizar para valorar la calidad de los servicios médicos (Donabedian, 1991). Por supuesto, para el caso concreto hare las variaciones necesarias en función del problema que me ocupa.



La clasificación de referencia está conformada por tres niveles o enfoques con los que es posible obtener la información acerca de las variables a investigar.

La evaluación de la estructura (insumos) considera tres grandes componentes: las medidas que se refieren a la organización administrativa para la atención médica; la descripción de las características de las instalaciones y del equipo médico disponible, fundamentalmente en relación a su adecuación con las normas establecidas; y, lo relativo al perfil profesional y técnico del personal empleado, incluyendo su tipo, preparación y experiencia.

La evaluación de los procesos describe, principalmente, las actividades del servicio de atención médica. Aquí se mide la competencia de la profesión médica en el tratamiento de los problemas de salud, a través de: el análisis de las actividades preventivas, la elaboración de la historia clínica, exámenes de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento instituido, procedimientos de rehabilitación y, transferencia de pacientes a otros servicios médicos.

La evaluación de los resultados se aboca al estado de salud del individuo o la comunidad, en términos de la interacción o falta de ésta con los servicios de salud. Esto se logra por medio de la cuantificación de indicadores de mortalidad, morbilidad, invalidez, molestias y satisfacción del paciente (Ruiz, 1981).

De lo anterior, exploraré únicamente aquellas variables que den cuenta de tres aspectos clave en esta investigación: oferta y

demanda de atención en el servicio de salud en el trabajo y sus características; proceso de la atención en el servicio de salud en el trabajo y sus características, con énfasis en "escenarios" y "amenidades"; y, estructura en la atención en el servicio de salud en el trabajo y sus característica, con énfasis en la accesibilidad de los pacientes.

Para ello me serví de dos elementos operativos básicos: un cuestionario de aplicación, compuesto de 23 reactivos precodificados y, las cifras de los llamados "riesgos de trabajo", aquellos captados por el servicio de salud en el trabajo de la UMF 45 durante el año de 1994 (STPS, LFT, 1971).

El cuestionario está estructurado en tres secciones: en la primera se recaba la ficha de identificación del trabajador, que contiene los principales datos socioeconómicos del encuestado; en la segunda sección se plantean interrogantes en cuanto a "escenarios" y "amenidades" del centro de atención; y una tercera sección que indaga lo referente a accesibilidad del paciente a los servicios de salud.

En el instrumento de recolección de información está planteada una pregunta particular para detectar los eventos patológicos relacionados con el trabajo, principalmente accidentes, enfermedades de trabajo y accidentes en trayecto que son atendidos; sin soslayar las recaídas por estas causas u otro tipo de servicios como son dictámenes de incapacidad parcial permanente, incapacidad total permanente o de invalidez; tareas que caen dentro de la incumbencia de los servicios de salud en el trabajo del instituto.

En esta perspectiva es factible afirmar que, a excepción del primer rubro del cuestionario, la mayor parte de las preguntas están conformadas de tal manera que permiten captar la satisfacción o insatisfacción del sujeto encuestado, con características particulares que sitúan este tipo de evaluación, tanto en el nivel de el proceso como en el de resultados.

En el de proceso, porque se indagan algunas particularidades del centro de atención y del personal tales como: espacio físico, mobiliario, comodidad, información que recibe el paciente, atención que se le brinda y, orden y limpieza. Todas ellas forman parte de los "escenarios" y "amenidades", por lo tanto se localizan a nivel de la relación interpersonal del proceso de la atención en el servicio de salud en el trabajo. Y, pertenecen a los resultados, ya que la opinión que refleja la satisfacción o insatisfacción de los pacientes se obtiene después que éste ha recibido un servicio, condición que permite estimar la interacción entre paciente-servicios de salud en el trabajo como un producto final del proceso específico.

Por último, el conocer estadísticamente los eventos patológicos sucedidos durante el año de 1994 y los acaecidos en el transcurso de la aplicación de la encuesta, da pie a conocer, de manera restringida pero directa, la oferta de servicios o cantidad de atenciones prestadas por el personal de los servicios de salud en el trabajo; pero además, pone de manifiesto las características precisas de la demanda; es decir, necesidades de servicios por las cuales, el grupo de trabajadores, acudió a solicitar atención en el transcurso del estudio.

## V. DISEÑO METODOLOGICO

La metodología de la presente investigación se inscribió dentro de los siguientes lineamientos.

### a) Tipo de estudio.

Los rasgos que distinguen el estudio, son: es una investigación exploratoria, ya que el propósito principal fue recabar información para reconocer, ubicar y definir algunos problemas, lo que permitió sugerir algunas hipótesis para estudios ulteriores a mayor profundidad; es observacional y descriptivo, es decir, sólo se contó con una población en estudio, de la cual, a falta de hipótesis, fue posible medir algunas relaciones entre determinadas variables importantes; y, es transversal porque se llevó a cabo en un momento determinado, específicamente, la aplicación de la encuesta se efectuó del 16 de febrero al 17 de marzo de 1995 (mes tipo de 22 días laborables).

La información fue recabada tanto de fuentes primarias como secundarias; en cuanto a las primeras, son aquellos datos obtenidos a través de la aplicación de la encuesta a los sujetos de estudio; en tanto para las secundarias, se echó mano de las estadísticas que emite el instituto, relacionadas con los servicios de salud en el trabajo, para este caso, las del año de 1994. Es necesario aclarar que la información principal fue la concerniente a la encuesta, ya que, la de fuentes secundarias sólo se utilizó para tener una panorámica de la problemática en cuestión.

b) Población en estudio y muestra.

El área de estudio fue el servicio de salud en el trabajo de la UMF 45 "Dr. Antonio Ríos Vargas", que se encuentra ubicada en la Calle Sur 159 No. 1418, Colonia Ampliación Gabriel Ramos Millán, México, D. F.; que brinda atención exclusivamente a los trabajadores que viven dentro de la región en estudio. Estas son las razones por las cuales se decidió aplicar la encuesta únicamente en aquel centro de atención.

La muestra de la población en estudio estuvo compuesta por todos aquellos trabajadores que acudieron a solicitar atención al servicio de salud en el trabajo, ya sea por algún evento patológico relacionado con el trabajo u otras causas determinadas, en el periodo de tiempo antes anotado.

Los criterios de inclusión de las unidades de observación fueron los siguientes: 1) ser trabajador asegurado; 2) dentro del régimen del seguro de riesgos de trabajo; 3) acudir a solicitar atención al servicio de salud en el trabajo; 4) contestar el cuestionario única y exclusivamente por el trabajador asegurado; 5) acudir a solicitar atención dentro del periodo que comprendió el estudio; y, 6) aplicar la encuesta en el momento posterior a haber recibido el servicio.

En cuanto a los criterios de exclusión, quedaron como sigue: 1) no ser asegurado del IMSS; 2) aún siendo asegurado, no estar inscrito en el seguro de riesgos de trabajo; 3) haber acudido a solicitar servicio a otro servicio diferente del de salud en el trabajo; 4) contestar el cuestionario por otra persona y no el

trabajador; 5) acudir a solicitar atención en fecha distinta al periodo de estudio (16 de febrero y el 17 de marzo de 1995); y, 6) aplicación de la encuesta en un momento previo a su atención por el servicio.

c) Recolección de información.

Para las tareas correspondientes se elaboró una encuesta que capta información, principalmente, acerca de algunos aspectos relacionados con: datos socioeconómicos, escenarios y amenidades de la atención médica, satisfacción del paciente, servicio médico de la empresa, y tipo de evento patológico.

La encuesta se organizó de la siguiente manera: Se compone de 23 reactivos precodificados, divididos operativamente en cinco secciones. En la primera, figuran las seis preguntas iniciales, que proporcionan datos acerca de algunos indicadores socioeconómicos; en la segunda, de la pregunta siete a la doce, se capta lo referente a escenarios y amenidades de la atención; la tercera permite ubicar la satisfacción del paciente, comprende las preguntas trece a la dieciocho, y la veintitres; las preguntas diecinueve a la veinte conforman la cuarta sección, recoge alguna información referente al servicio médico de la empresa; y, la quinta sección, pregunta veintidos, rescata el tipo de evento patológico sufrido por el trabajador.

De esta manera, la encuesta permitió establecer varias asociaciones entre variables, tales como: tipo de evento patológico en relación con la demanda de servicios, satisfacción o insatisfacción del paciente, relaciones de las características

socioeconómicas del paciente en cuanto a tipo de evento patológico, satisfacción del paciente y servicios médicos de empresa, entre otras.

El contenido específico de las preguntas se puede observar en la encuesta anexa (anexo 2).

Para complementar la encuesta se elaboró un instructivo donde, en primer término, se dan algunos lineamientos preliminares para el llenado del cuestionario por parte del encuestador; posteriormente, se consignan las variables a investigar y el desglose de las diferentes posibilidades u opciones de respuesta de cada pregunta, junto a una codificación numérica convencional de los 23 reactivos. (Ver anexo 2)

Como se ha mencionado líneas atrás, los datos centrales de la investigación se obtuvieron concretamente de fuentes primarias, es decir, por medio de la encuesta. Para lograr lo anterior, se contó con la participación de un encuestador, quien recibió un curso de capacitación que le permitió conocer y comprender el contenido y aplicación del cuestionario.

La prueba piloto del instrumento de recolección de datos se llevó a la práctica los días jueves 26 y viernes 27 de enero de 1995, durante el horario normal de funcionamiento del servicio de salud en el trabajo (7:00 a 15:00 horas).

En dicho horario se observó una particularidad, las horas de consulta se distribuyen de la siguiente forma: de las 7:30 a las 13:30 horas; en las primeras 3.5 horas, son atendidas las

personas que acuden por primera vez a solicitar el servicio por su problema actual; y, en las restantes, los pacientes citados. Así, el tiempo remanente es utilizado por el médico y el administrativo que laboran ahí, para realizar una serie de tareas de revisión y administrativas. Lo anterior, determina que el tiempo neto de atención al público se reduzca a 6 horas por día.

El motivo por el cual se decidió aplicar la encuesta durante dos días fue porque esto representa, aproximadamente, entre el 5% y el 10% del promedio mensual de consultas atendidas por el servicio.

El primer día se aplicaron 23 encuestas y el segundo 24, para una suma de 47 en ambos. De ese total, dos cuestionarios fueron contestados por algún familiar del paciente y cinco personas se negaron a contestarlo.

En función de lo que se encontró, se llevaron a efecto algunas acciones correctivas. Se estableció un mecanismo para evitar que los pacientes abandonaran el servicio sin haber contestado la encuesta, que consistió en la entrega de la documentación respectiva al paciente, previa contestación del cuestionario. Se especificó claramente, tanto al encuestador como en el instructivo de la encuesta, que sólo el paciente debería contestar el cuestionario y no otra persona, así se tratara de un familiar. Además, se corrigió la redacción de la pregunta 22, tanto en el instructivo como la encuesta, pues resultó con problemas de comprensión para algunas personas encuestadas.



En resumidas cuentas, la prueba piloto sirvió para validar el instrumento, conocer el grado de eficacia del mismo y, poder corregir las fallas detectadas durante su aplicación preliminar.

d) Captura de la información.

Para efectuar estas tareas se elaboró una estructura para conformar una base de datos en el programa de informática denominado D Base III Plus; de los reactivos de la encuesta se capturaron únicamente las respuestas ya codificadas.

A grandes rasgos, dicha estructura quedó organizada con una amplitud de 26 campos para cada cuestionario. Todas las opciones pertenecientes a las variables en estudio fueron de tipo caracter, con excepción de la edad, cuyo caracter es numérica; pero además, a esta última se le dieron tres formas de ordenamiento: por decenios, quinquenios y edad reagrupada. (Ver anexo No. 2)

Posteriormente, se generó un listado de todas las variables capturadas, por medio del cual fue posible efectuar un control de calidad sistemático de la base de datos en cuestión. Es decir, de un total de 285 encuestas se revisó una de cada cinco, lo que representa, aproximadamente, el 20.0% de ellas; encontrándose un error de captura igual al 5.0%. Es pertinente aclarar que para la investigación se concedió un margen de error para la captura del 5.0%, motivo por el que no fue necesario revisar cada una de las respuestas de la base de datos completa.

Ya revisada y limpia la base de datos, se procedió a transferirla al editor Kedit, como un paso previo para ser cargada en el programa denominado Statystical Analysis System (SAS), para realizar el respectivo procesamiento y análisis de la información.

e) Procesamiento y análisis de la información.

En este punto de la investigación, el primer paso consistió en definir las variables desde la perspectiva metodológica diseñada, quedando de este modo:

VARIABLE	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE
Folio	Para organizar la encuesta	
Edad		XXXX
Sexo		XXXX
Escolaridad		XXXX
Ocupación		XXXX
Actividad de la empresa		XXXX
Espacio físico		XXXX
Mobiliario		XXXX
Orden y limpieza		XXXX
Comodidad		XXXX
Atención		XXXX
Información		XXXX
la vez o subsecuente		XXXX
Demanda de servicio		XXXX
Es atendido o no		XXXX
Tiempo de espera		XXXX
Siempre acude		XXXX
Por qué no acude		XXXX
Servicio médico empresa		XXXX
Preferencia de atención		XXXX
Permiso de ausentarse		XXXX
Motivo de consulta	XXXX	
Satisfacción	XXXX	

En cuanto a su organización desde el punto de vista estadístico-epidemiológico, se agruparon de la siguiente manera:

VARIABLE	CUALITATIVA		CUANTITATIVA	
	Nominal	Ordinal	Discreta	Continua
Folio		Para organizar	la encuesta	
Edad			XXXX	
Sexo	XXXX			
Escolaridad	XXXX			
Ocupación	XXXX			
Actividad de la empresa	XXXX			
Espacio físico	XXXX			
Mobiliario	XXXX			
Orden y limpieza	XXXX			
Comodidad	XXXX			
Atención	XXXX			
Información	XXXX			
1a. vez o subsecuente	XXXX			
Demanda de servicio			XXXX	
Es atendido o no	XXXX			
Tiempo de espera			XXXX	
Siempre acude	XXXX			
Por qué no acude	XXXX			
Servicio médico empresa	XXXX			
Preferencia de atención	XXXX			
Permiso de ausentarse	XXXX			
Motivo de consulta	XXXX			
Satisfacción	XXXX			

## VI. RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo el estudio de las variables, teniendo como base la "Encuesta de Servicios de Salud", aplicada a una muestra de 285 trabajadores que demandaron los servicios de salud en el trabajo en el periodo estudiado. Así, en primer término, se hace una descripción general de la población demandante (perfil de la población en estudio); posteriormente, se establece su perfil epidemiológico; en seguida, se establece un perfil inicial de la calidad de los servicios de salud en el trabajo para, a continuación, intentar poner de manifiesto, en sus aspectos más generales, la problemática examinada y, finalmente señalar algunas hipótesis, así como derivar posibles líneas a investigar en el futuro.

Se aplicaron un total de 285 encuestas, para el mismo número de trabajadores, en el periodo comprendido entre el 16 de febrero y el 17 de marzo de 1995, lapso equivalente a 22 días laborables para el IMSS, lo que significa una demanda, por parte de los trabajadores asegurados, igual a 13 consultas promedio por día laborable. Se tomó esta cifra como muestra en función de dos aspectos básicos: 1) estadísticamente, es válido considerar, para casos en los que no se puede establecer de manera definida el universo de estudio, una muestra denominada "muestra disponible"; y, 2) de acuerdo con el análisis de la demanda a este servicio, realizado durante el año previo a la presente investigación, 22 días laborables es el promedio para todos los meses y, 13 consultas es el promedio por día laborable.

Para satisfacer dicha demanda, el instituto contó con los siguientes recursos humanos: un médico especialista de medicina

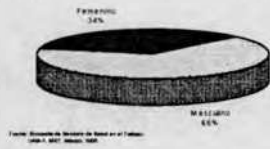
del trabajo y un técnico administrativo. Los recursos materiales fueron aquéllos propios de la institución, ubicados en la UMF No. 45. En otras palabras, al parecer, la oferta del instituto (recursos humanos) resultó suficiente en cantidad, en cuanto a las solicitudes de atención por parte de la población sujeto de estudio (demanda real).

#### 1. PERFIL DE LA POBLACION EN ESTUDIO

La población que demandó algún servicio de salud en el trabajo al instituto, es predominantemente joven (gráfica 1), del sexo masculino (gráfica 2), con niveles elementales de escolaridad (gráfica 3), compuesta principalmente por obreros y empleados (gráfica 4), que laboran en los dos principales sectores económicos de la producción (gráfica 5), con una predominancia de 2:1 de aquellos trabajadores que asisten por primera vez a solicitar este servicio; para los subsecuentes, el mayor número de personas asistió a demandar atención, en promedio, 2 y 3 ocasiones (gráfica 6), en el periodo estudiado.



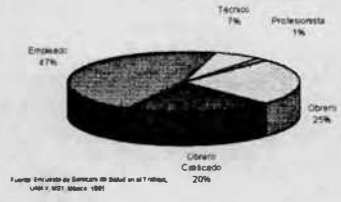
Gráfica 2 DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995



Gráfica 3 DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA  
POBLACIÓN ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995



Gráfica 4  
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA POR OCUPLACION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995



Gráfica 5  
DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA POR SECTOR ECONOMICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

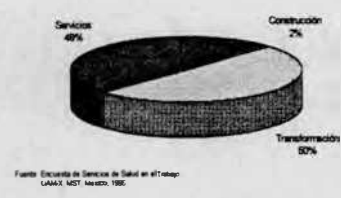
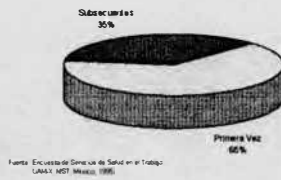


Gráfico 65  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA  
ASISTENCIA DE PRIMERA VEZ  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 MASS 1995



Los servicios de salud en el trabajo han sido requeridos, de manera predominante, por los más jóvenes en la medida en que, los trabajadores entre los 20 y los 39 años representan casi el 60% del total.

Destaca el hecho de que el 68.8% de la población se ubica en los niveles elementales de escolaridad (primaria y secundaria). Solo un porcentaje mínimo cuenta con estudios de nivel superior, de igual modo que la población trabajadora reconocida como analfabeta.

Por otro lado, las cifras muestran que, el 91.6% de los demandantes del servicio de salud en el trabajo son obreros no calificados, obreros calificados y empleados. 45.3% obreros no calificados y calificados y, el resto, 46.3%, empleados.

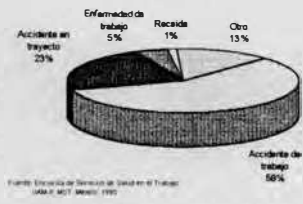


De igual modo que no existen diferencias importantes entre los demandantes de algún servicio de salud en el trabajo con respecto a su inserción en los sectores económicos, en la medida en que el sector de la transformación y el de los servicios observan porcentajes similares.

## 2. PERFIL EPIDEMIOLOGICO LABORAL DE LA POBLACION EN ESTUDIO

La mayor proporción de trabajadores que acudieron al servicio de salud en el trabajo sufrió accidentes de trabajo, le siguió el accidente en trayecto y, las enfermedades de trabajo, una pequeña proporción acudió por recaída de un problema relacionado con el trabajo y, otros por requerir un servicio de otro tipo (examen médico, o dictamen de invalidez) (gráfica 7).

Gráfico 7  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA POR TIPO DE  
EVENTO PATOLÓGICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 - ISSS 1996



Es evidente que el tipo de evento patológico, motivo por el que acuden los trabajadores a solicitar atención, se acerca de manera notable a los indicadores reportados por el instituto a nivel nacional.

La mayor proporción a su vez, a excepción de las enfermedades, correspondieron a trabajadores que acuden por primera vez al servicio (cuadro 1).

Cuadro 1

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO (\*)  
 SEGUN ASISTENCIA DE PRIMERA VEZ DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.45 IMSS 1995

1a Vez	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	Recalida	%	Otro	%
SI	104	63.4	46	70.8	5	38.5	3	75	26	68
NO	60	36.6	19	29.2	8	61.5	1	25	12	31
TOTAL	164	100	65	100	13	100	4	100	38	100
									0	

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A. T. = Accidente de Trabajo.  
 A. en T. Accidente en Trayecto.  
 E. T. Enfermedad de Trabajo.

La mayor proporción de los accidentes de trabajo ocurrieron en los trabajadores entre los 20 a 29 años de edad. De igual modo para los accidentes en trayecto. A diferencia de las enfermedades de trabajo pues la mayor proporción se encontró en el grupo de trabajadores de 50 años o más (cuadro 2).

Cuadro 2

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO (\*)  
SEGUN GRUPO DE EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Edad (años)	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	Recai da	%	Otro	%
<20	15	9.1	0	0	0	0	0	0	2	5.3
20 a 29	69	42.1	27	41.5	1	7.7	1	25	10	26.3
30 a 39	38	23.2	15	23.1	3	23.1	0	0	6	15.8
40 a 49	29	17.7	15	23.1	1	7.7	3	75	7	18.4
>49	13	7.9	8	12.3	8	61.5	0	0	13	34.2
Total	164	100	65	100	13	100	4	100	38	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A. T. = Accidente de Trabajo.  
A. en T. = Accidente en Trayecto.  
E. T. = Enfermedad de Trabajo.

Esto es, se presenta la misma tendencia que, con relación a los asegurados del IMSS a nivel nacional, se observa con respecto a este tipo de eventos. (IMSS, 1994 c)

Con respecto al sexo, el principal grupo afectado, por los accidentes y enfermedades de trabajo, es el de los hombres; probablemente debido a la inserción diferencial observada en los diversos procesos productivos. Por otra parte, con respecto a

los accidentes en trayecto, se encontró que existe casi la misma posibilidad, para ambos sexos, de sufrir un evento de esta naturaleza (cuadro 3).

Cuadro 3

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO (\*)  
 SEGUN SEXO DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Sexo	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	Recai da	%	Otro	%
Masculino	117	71.3	34	52.3	11	84.6	2	50	23	60.5
Femenino	47	28.7	31	47.7	2	15.4	2	50	15	39.5
Total	164	100	65	100	13	100	4	100	38	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

- (\*) A. T. = Accidente de Trabajo.
- A. en T. = Accidente en Trayecto.
- E. T. = Enfermedad de Trabajo.

Lo anterior llama la atención dado que, en un estudio realizado en Naucalpan de Juárez, en el Estado de México, en 1989, en trabajadores industriales, los resultados encontrados mostraron que los accidentes en trayecto, representaron para las mujeres 3, de cada accidente en los hombres, incluso que, conforme la edad de las mujeres aumentaba, la tasa de accidentes en trayecto también aumentaba. (Villegas, 1993)

Por otro lado, los datos muestran una relación inversa entre escolaridad y evento patológico, es decir, a menor grado de escolaridad, mayor número de casos (cuadro 4).

Cuadro 4

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO (\*)  
SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Escolaridad	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	Recaída	%	Otro	%
Primaria I.	12	7.3	6	9.2	2	15.4	1	25	5	13.1
Primaria C.	56	34.1	18	27.7	6	46.1	1	25	6	15.8
Secundaria	67	40.9	23	35.4	4	30.8	1	25	13	34.2
Preparatoria	10	6.1	4	6.2	0	0	1	25	3	7.9
Técnica	16	9.8	10	15.4	0	0	0	0	8	21.1
Profesional	1	0.6	3	4.6	0	0	0	0	2	5.3
Ninguna	2	1.2	1	1.5	1	7.7	0	0	1	2.6
Total	164	100	65	100	13	100	4	100	38	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A. T. = Accidente de Trabajo.  
A. en T. = Accidente en Trayecto.  
E. T. = Enfermedad De trabajo.

Al igual que con la escolaridad, se observa una relación entre el grado de calificación en el empleo y los eventos patológicos del trabajo en el siguiente sentido: a menor calificación, mayor

número y porcentaje de eventos de esta naturaleza. Acentuado para el caso de las enfermedades laborales (cuadro 5).

Cuadro 5

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO (\*)  
SEGUN OCUPACION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Ocupación	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	Recai da	%	Otr o	%
Obrero	43	26.2	14	21.5	4	30.8	2	50	8	21.6
Obrero Cal.	36	22	9	13.8	6	46.1	0	0	7	18.9
Empleado	79	48.2	33	50.8	2	15.4	2	50	15	40.6
Técnico	6	3.6	7	10.8	1	7.7	0	0	5	13.5
Profesionista	0	0	2	3.1	0	0	0	0	2	5.4
Total	164	100	65	100	13	100	4	100	38	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A. T. = Accidente de Trabajo.

A. en T. = Accidente en Trayecto.

E. T. = Enfermedad de Trabajo.

Los accidentes de trabajo presentan cifras similares para los sectores de la transformación y los servicios. Los accidentes en trayecto presentan un mayor número en el sector de los servicios. En tanto que, las enfermedades de trabajo se registraron, casi exclusivamente, en los trabajadores de la transformación (cuadro 6).

Cuadro 6

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO (\*)  
 SEGUN SECTOR ECONOMICO DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Sector Eco.	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	Recai da	%	Otro	%
Tranform.	84	51.5	24	37	12	92.3	1	25	21	56.8
Construcción	5	3.1	1	1.5	0	0	0	0	0	0
Servicios	74	45.4	40	61.5	1	7.7	3	75	16	43.2
Total	164	100	65	100	13	100	4	100	38	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

### 3. PERFIL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

#### A) PRIMERA APROXIMACION

Las variables que, en esta investigación se relacionaron con la evaluación de la calidad a nivel del proceso de atención, contempladas dentro de las llamadas "amenidades" de los servicios de salud, mostraron las siguientes tendencias.

Con respecto al espacio físico (gráfica 8), mobiliario (gráfica 9), orden y limpieza de las instalaciones (gráfica 10), comodidad que ofrece el servicio (gráfica 11), atención que brinda el personal del servicio (gráfica 12) e, información que brinda el personal del instituto a los trabajadores (gráfica 13), se observó, que la opinión rebasa, de manera general, el



60.0% de respuestas con un balance positivo a favor del personal e infraestructura del instituto.

Gráfico 8  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL ESPACIO FISICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 45 IMSS 1995



Gráfico 9  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL MOBILIARIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 45 IMSS 1995

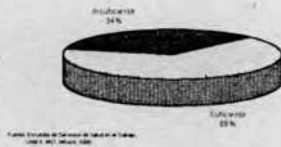


Gráfico 10  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL ORDEN Y LIMPIEZA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 45 IMSS 1995

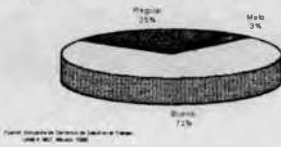


Gráfico 11  
OPINIÓN DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA  
CAMBIADAD DEL SERVICIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 IMSS 1995

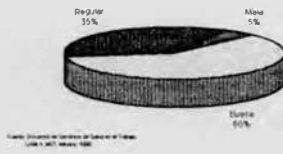


Gráfico 12  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA  
ATENCIÓN RECIBIDA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 IMSS 1995

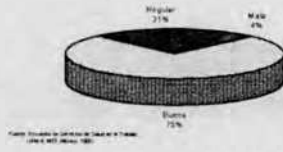
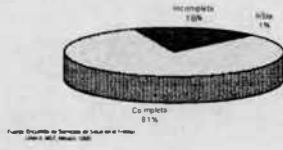
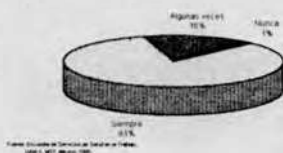


Gráfico 13  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA  
INFORMACION QUE SE LE BRINDA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45 IMSS 1995

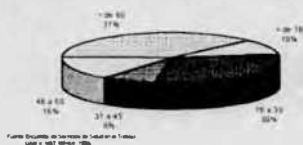


Por otro lado, en cuanto a la solicitud de atención y recepción del servicio, los trabajadores subsecuentes al servicio en busca de atención (gráfica 14), así como al tiempo de espera para recibir atención (gráfica 15), se observó que la mayor parte de esta población asegura que siempre que solicita el servicio es atendida; por otro lado, es necesario subrayar que, el tiempo de espera, para un buen número de demandantes, es mayor de una hora antes de recibir la atención requerida.

Gráfica 14  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE SI ES ATENDIDA CUANDO LO SOLICITA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995



Gráfica 15  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS)  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995





Ahora bien, con respecto a evento patológico del trabajo y satisfacción, es decir accidentes de trabajo, accidentes en trayecto, y enfermedades de trabajo, se mantuvo la tendencia a estimar positivamente al servicio (cuadro 7).

Cuadro 7

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN EVENTO PATOLOGICO DEL TRABAJO (\*)  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

E. Patológico	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
A. T.	135	59.7	10	66.7	18	48.7
A. en T.	53	23.5	2	13.3	10	27
E. T.	10	4.4	1	6.7	1	2.7
Recaída	3	1.3	0	0	1	2.7
Otros	25	11.1	2	13.3	7	18.9
Total	226	100	15	100	37	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A. T. = Accidente De trabajo.  
A. en T.=Accidente en Trayecto.  
E. T.=Enfermedad De trabajo.

Si bien la satisfacción experimentada y expresada por el paciente, después de haber recibido la atención, era considerado un indicador global de estimación de la calidad del servicio de salud en el trabajo evaluado en este estudio, al observar los resultados se pensó que, como variable única de estimación estaba sesgando dichos resultados pues, es justo reconocer que, aunque no se contaba con hipótesis precisas al iniciar el trabajo, se apostaba a que la investigación sacaría a flote las deficiencias del servicio en estudio. Fue sorprendente ver cómo se comportaba la tendencia de estimación de la población estudiada, con base en el instrumento utilizado.

Ante tal disyuntiva se convino en la necesidad de contemplar esta variable sólo como un componente más de estimación de la calidad dado que, por ejemplo, no se incluyó en el instrumento la satisfacción del trabajador con respecto al dictamen de su caso.

Entonces, se estableció que esta variable permitió acceder a un conocimiento preliminar de la problemática en análisis y que era necesario efectuar una exploración más detallada, con la finalidad de arribar a una apreciación más real del problema y, de esta forma, estar en posibilidades de elaborar una descripción más acabada que condujera a propuestas e hipótesis de mayor alcance y profundidad para estudiar en el futuro.

Así, a continuación se describe la relación entre la respuesta de los trabajadores encuestados a la pregunta sobre si queda satisfecho después de haber recibido la atención, con las variables consideradas en el rubro de "amenidades" del proceso

de atención, para el caso de todos los trabajadores; y, las contempladas en las preguntas 13 a 18 del cuestionario, para el caso de los trabajadores subsecuentes al servicio.

Al efectuar este análisis, quedó nuevamente de manifiesto que la satisfacción del paciente con respecto al proceso de atención, considerando el espacio físico, el mobiliario, el orden y limpieza, la comodidad, la atención y la información recibida, guarda una aparente relación directa. Es decir, a manera de ejemplo, espacio físico adecuado-satisfacción e inadecuado-insatisfacción (cuadro 8).

Cuadro 8

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ESPACIO FISICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Espacio Físico	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
Adecuado	162	72	5	33.3	10	27
Inadecuado	63	28	10	66.7	27	73
Total	225	100	15	100	37	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Por otro lado, al parecer se manifiesta claramente que la mayoría de los trabajadores consideran satisfactorio el servicio recibido y, por lo tanto, aceptable el proceso de atención con respecto a las variables consideradas en este estudio, del sitio donde son atendidos (amenidades).

No obstante, llama sobre manera la atención que para cada una de las siguientes variables, las respuestas que van de regulares a negativas al servicio, tomando en cuenta la suma de los trabajadores satisfechos, indiferentes e insatisfechos, se observa la siguiente tendencia:

- a) 100 trabajadores, consideran inadecuado el espacio físico del servicio, es decir un 35.08% del total;
- b) 95 trabajadores consideran insuficiente el mobiliario del servicio, es decir un 33.33% del total;
- c) 75 trabajadores consideraron de regular a malo el orden y limpieza de las instalaciones, es decir un 26.31% del total;
- d) 112 trabajadores consideraron de regular a mala la comodidad ofrecida por el centro de atención, es decir un 39.29% del total;
- e) 70 trabajadores consideraron de regular a mala la atención que brinda el personal de la institución, es decir un 24.56% del total; y,
- f) 50 trabajadores consideraron de incompleta a nula la información recibida, es decir un 17.54% del total.

Ahora bien, en relación a los subsecuentes (asistencia promedio) y la respuesta a si estaba satisfecho por el servicio recibido, la respuesta fue la siguiente:

El 49.3% que asistieron por segunda ocasión; el 24.7% que asistieron por tercera ocasión; el 19.5% que asistieron en más de 4 ocasiones; y, el 5.2% que asistieron por cuarta ocasión, quedaron satisfechos por el servicio recibido (cuadro 9).

Cuadro 9

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ASISTENCIA PROMEDIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Asistencia Prom.	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
1 Vez	1	1.3	0	0	0	0
2 Veces	38	49.3	3	60	5	29.4
3 Veces	19	24.7	1	20	5	29.4
4 Veces	4	5.2	1	20	2	11.8
Más de 4	15	19.5	0	0	5	29.4
Total	77	100	5	100	17	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Es decir, la tendencia de opinión favorable al instituto se invierte; esto es, va disminuyendo la opinión favorable en función del número de veces que acude el trabajador al servicio. Al parecer, sus puntos de referencia son más y están mejor definidos y, por lo tanto, tienen una opinión más fundamentada sobre el servicio recibido. Más adelante se retoma este aspecto.

Por otra parte, fue claro que los trabajadores que acudieron por primera vez al servicio, tuvieron un mayor porcentaje favorable



de respuesta hacia el mismo, es decir, de satisfacción por la atención recibida, en comparación con los subsecuente, así por ejemplo, el 65.9% satisfechos, señalaron que era la primera vez que acudían al Intituto (cuadro 10).

Cuadro 10

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ASISTENCIA DE PRIMERA VEZ  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Primera Vez	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insati sfecho	%
SI	149	65.9	10	66.7	20	54.1
NO	77	34.1	5	33.3	17	45.9
Total	226	100	15	100	17	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo,  
UAM-X, MST, México, 1995.

Se consideró que este aspecto estaba influyendo de manera muy importante en las tendencias observadas y que, por lo tanto debería ser analizado con mayor detalle. De igual modo que el punto anterior, más adelante se retomará.

En cuanto a otras variables que sólo implican a los trabajadores subsecuentes al servicio, de igual forma se observa la tendencia a opinar favorablemente al servicio, es decir, que siempre que solicitaron la atención, la recibieron, esto es, por ejemplo, de 77 trabajadores satisfechos, el 93.5% afirmaron que siempre son atendidos cuando requieren atención (cuadro 11).

Cuadro 11

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN SI ES ATENDIDO CUANDO LO SOLICITA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Es Atendido	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
Siempre	72	93.5	0	0	10	58.8
Algunas Veces	5	6.5	4	80	7	41.2
Nunca	0	0	1	20	0	0
Total	77	100	5	100	17	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

El aspecto relacionado con el tiempo de espera para el caso de los subsecuentes es muy importante pues, si bien estos trabajadores manifiestan satisfacción en alto grado, es claro que el tiempo de espera para un 59.6% de ellos, es mayor a 30 minutos. El 37.4% reconocieron un tiempo de espera superior a una hora. No obstante, la manifestación de satisfacción de los trabajadores (cuadro 12).

Cuadro 12

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN TIEMPO DE ESPERA (MINUTOS)  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Tiempo de espera	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
< de 16	10	13	0	0	0	0
16 a 30	28	36.3	1	20	1	5.9
31 a 45	7	9.1	0	0	1	5.9
46 a 60	11	14.3	1	20	2	11.8
> de 60	21	27.3	3	60	13	76.4
Total	77	100	5	100	17	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Por otro lado, la mayor parte de los subsecuentes siempre acuden al servicio de Salud en el Trabajo ante un problema de salud relacionado con el trabajo (gráfica 17 y cuadro 13). En tanto que los que no acuden, refieren motivos que deben ser tomados en cuenta (gráfica 18).



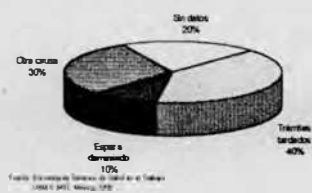
Cuadro 13

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PERSONAS QUE SIEMPRE ACUDEN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Siempre acude	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatis- fecho	%
SI	73	94.8	5	100	13	76.5
NO	4	5.2	0	0	4	23.5
Total	77	100	5	100	17	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo,  
UAM-X, MST, México, 1995.

Cuadro 14  
OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL  
PORQUE NO SIEMPRE ACUDE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1986



Como se puede ver, el 92.0% de este grupo de trabajadores, trátase de satisfechos, insatisfechos o indiferentes al servicio recibido, siempre acuden al instituto en busca de atención. Situación que se presenta aun y cuando es obvio que el grueso de las personas consideradas como satisfechas, no cuenta con servicio médico por parte de la empresa.

Caso contrario es el que plantea el grupo formado por los trabajadores insatisfechos, en el que la mayoría de los encuestados afirmó contar con este servicio. Esto podría explicar, parcialmente, la preferencia de atención hacia el instituto (cuadro 14).

Cuadro 14

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN SERVICIO MEDICO DE EMPRESA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Servicio Médico	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
SI	98	43.4	8	53.3	21	56.8
NO	128	56.6	7	46.7	16	43.2
Total	226	100	15	100	37	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

No obstante, la existencia de servicio médico en la empresa, al parecer, no modifica de manera importante esta preferencia pues la mayoría de estos trabajadores, independientemente de su opinión con respecto a la satisfacción o no por el servicio que el instituto les ofrece, se inclinan por la atención que este mismo les brinda. Esta tendencia puede estar mostrando que esta preferencia se debe a las características, tipo de cobertura y protección ofrecidas por el instituto, en término de las prestaciones básicamente (cuadro 15).

Cuadro 15

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PREFERENCIA DE ATENCION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Preferencia	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
Empresa	4	4.3	1	12.5	4	20
IMSS	80	85.1	5	62.5	14	70
Otro	10	10.6	2	25	2	10
Total	94	100	8	100	20	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Para la mayor parte de los trabajadores encuestados que se consideraron satisfechos por el servicio recibido, la empresa donde laboran concedió su autorización para ser atendidos en el IMSS (cuadro 16).

Cuadro 16

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PERMISO PARA ATENDERSE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

Permiso	Satisfecho	%	Indiferente	%	Insatisfecho	%
SI	208	92	15	100	29	78.4
NO	18	8	0	0	8	21.6
Total	226	100	15	100	37	100

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Hasta aquí, esta impresión general muestra que la mayoría de la población trabajadora encuestada (cerca al 80.0%), manifestó, de manera notable, una respuesta positiva hacia la satisfacción. No obstante las diversas inconsistencias destacadas a lo largo de este inciso.

Esta situación ubica el problema de estudio en otros niveles de análisis. Es decir, es indispensable valorar si las variables incluidas en el presente trabajo tienen las características propias y adecuadas a todo estudio relacionado con la calidad de la atención de los servicios en salud; al parecer, resulta necesario incorporar algunas otras que tengan mayor especificidad, en función de los problemas que se intenten analizar para realizar un examen más minucioso y acabado.

#### B) SEGUNDA APROXIMACION

En el afán de seguir profundizando en el análisis de los datos de esta investigación y, en función de los hallazgos encontrados, se consideró pertinente subdividir al grupo de trabajadores en estudio, en dos subgrupos:

- a) Trabajadores que acudieron al servicio por primera vez.
- b) Trabajadores que han acudido al servicio en forma subsecuente (en este grupo están incluidos todos aquellos trabajadores que acudieron en más de una ocasión al servicio).

Con el propósito de observar la existencia de diferencias entre las respuestas, con respecto a las variables que se considera



evalúan la calidad de la atención en el servicio en función del grupo al que pertenezca el trabajador pues, dado el hallazgo en el grupo de trabajadores subsecuentes con respecto a la tendencia de estimación satisfacción versus frecuencia de asistencia al servicio, se pensó que quienes tienen más elementos para estimar la calidad en este servicio son estos trabajadores, en la medida en que tienen la experiencia de asistir en otras ocasiones y eso les permite hacer comparaciones entre las visitas anteriores.

En tanto que, los trabajadores del grupo de primera vez no tienen punto de comparación entre visitas, lo que pudiera establecer un sesgo en sus respuestas que afecte o influya de forma determinante en la estimación efectuada. Sin embargo, es probable que cuenten, aunque no se incluyó en el cuestionario, con un antecedente externo de referencia con el que compararon el servicio, este antecedente es su asistencia, tanto del trabajador como de sus familiares, al servicio de medicina general, de tal manera que es probable que esto sí influya de manera determinante en su estimación con respecto al servicio que se evaluó en esta investigación.

Se analizan, en primera instancia, los resultados del cruce con las variables que, se supone, estiman la calidad del servicio de medicina del trabajo de la UMF No. 45. Es pertinente aclarar que, para facilitar el análisis, las respuestas se agruparon en dos campos de posibilidades, es decir, que las variables politómicas se hicieron dicotómicas, por lo tanto, la(s) estimación(es) intermedia(s) se incluyen en la negativa.

#### 1. Espacio físico:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 119 (64.67%) lo consideraron adecuado y, 65 (35.33%) inadecuado.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 61 (61.0%) consideraron adecuado y, 38 (38.0%) inadecuado. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 0.26.

#### 2. Mobiliario:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 125 (67.93%) lo consideraron suficiente y, 59 (32.07%) insuficiente.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 61 (61.0%) lo consideraron suficiente y, 38 (38.0%) insuficiente. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 1.14.

#### 3. Orden:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 129 (70.11%) lo consideraron bueno y, 55 (29.89%) de regular a malo.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 74 (74.0%) lo consideraron bueno y, 26 (26.0%) de regular a malo. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 0.48.

#### 4. Comodidad:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 116 (63.04%) la consideraron buena y, 68 (36.95%) de regular a mala.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 54 (54.0%) la consideraron buena y, 46 (46.0%) de

regular a mala. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 2.21.

5. Atención:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 144 (78.26%) la consideraron buena y, 40 (21.74%) de regular a mala.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 69 (69.0%) la consideraron buena y, 31 (31.0%) de regular a mala. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 2.96.

6. Información:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 159 (86.41%) la consideraron completa y, 25 (13.58%) de incompleta a nula.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 73 (73.0%) la consideraron buena y, 27 (27.0%) de incompleta a nula. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 7.79 ( $p < 0.05$ ).

7. Ocasiones:

Sólo para los subsecuentes, de 100 trabajadores, 83 (83.0%) señalaron que cuando solicita el servicio siempre es atendido y, 17 (17.0%) que sólo algunas veces o nunca.

8. Tiempo de espera:

Sólo para los subsecuentes, de 100 trabajadores, 40 (40.0%) señalaron que el tiempo de espera para ser atendido es de 15 a 30 minutos y, 60 (60.0%) que es de 31 a más de 60 minutos.

9. Siempre acude:

Sólo para los subsecuentes, de 100 trabajadores, 91 (91.0%) siempre acude al IMSS (servicio de medicina del trabajo) cuando sufre algún evento patológico relacionado con el trabajo. Los 9 restantes (9.0%), 1 no acude porque el tiempo de espera es demasiado, 4 porque los trámites son tardados y, 3 por otras razones.

10. Satisfacción:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido y, 30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia.

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción y, 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia. La comparación entre los dos grupos arrojó una Ji cuadrada de 1.25 (cuadro 17).

Cuadro 17

DIFERENCIAS DE ESTIMACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION  
ENTRE PACIENTES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

VARIABLES	Primera vez		Subsecuentes		X <sup>2</sup>	p
	Satisfecho	Insatisfecho	Satisfecho	Insatisfecho		
Espacio físico	119	65	61	38	0.26	
Mobiliario	125	59	61	38	1.14	
Orden y limpieza	129	55	74	26	0.48	
Comodidad	116	68	54	46	2.21	
Atención recibida	144	40	69	31	2.96	
Información	159	25	73	27	7.79	<0.05
Ocasiones			83	17		
Tiempo de espera			40	60		
Siempre acude			91	9		
Satisfacción	149	30	77	22	1.25	

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Como se puede observar, los porcentajes de respuesta y estimación de la evaluación realizada por ambos grupos, es muy similar. La comparación entre las respuestas de los grupos muestra que no existe diferencia significativa entre la estimación de uno y otro, no obstante, en cuanto a la información recibida se evidenció una diferencia significativa entre los grupos, lo que denota que, al parecer, para el grupo

de subsecuentes la información que reciben en el servicio es incompleta o nula.

Ahora bien, con el propósito de precisar, por un lado, la confiabilidad de la estimación de la calidad de la atención y, por el otro la validez de las variables utilizadas para estimar esa calidad, se exploraron las respuestas de los trabajadores con el fin de encontrar incongruencias en las respuestas y su estimación. Para ello, se cruzó la variable satisfacción con cada una de las variables anteriores. De igual modo, las variables politómicas se hicieron dicotómicas y se incluyó la(s) estimación(es) intermedia(s) en la negativa.

#### 1. Satisfacción y espacio físico:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido; de estos, 108 (72.48%) señalaron que el espacio físico era adecuado y, 41 (27.52%) inadecuado. 30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de éstos, 8 (26.6%) señalaron que el espacio físico es adecuado y 22 (73.4%) inadecuado. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 22.98 ( $p < 0.001$ ).

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos 54 (70.13%) indicaron que el espacio físico era adecuado y, 22 (28.57%) que era inadecuado. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de éstos, 7 (31.81%) indicaron que el espacio físico era adecuado y, 15 (68.18%) que era inadecuado.

La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 11.18 ( $p < 0.001$ ).

## 2. Satisfacción y mobiliario:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido; de estos, 109 (73.15%) señalaron que el mobiliario era suficiente y 40 (26.85%) que era insuficiente. 30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 12 (40.0%) señalaron que el mobiliario era suficiente y 18 (60.0%) que era insuficiente. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 12.53 ( $p < 0.001$ ).

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 51 (66.23%) opinaron que el mobiliario era suficiente y, 25 (32.46%) que era insuficiente. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 12 (54.54%) opinaron que era suficiente y, 10 (45.45%) que era insuficiente. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 3.40.

## 3. Satisfacción y orden y limpieza:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido; de estos, 114 (76.51%) señalaron que el orden y la limpieza era buena y, 35 (23.49%) que era de regular a mala. 30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 12 (40.0%)

que era buena y, 18 (60.0%) que era de regular a mala. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 15.97 ( $p < 0.001$ ).

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 62 (80.52%) opinaron que el orden y la limpieza era buena y, 15 (19.48%) que era de regular a mala. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 11 (50.0%) opinaron que era buena y, 11 (50.0%) que era de regular a mala. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 8.23 ( $p < 0.01$ ).

#### 4. Satisfacción y comodidad:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido; de estos, 104 (69.80%) señalaron que la comodidad en el servicio era buena y, 45 (30.2%) que era de regular a mala. 30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 8 (26.66%) señalaron que la comodidad en el servicio era buena y, 22 (73.33) que era de regular a mala. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 19.84 ( $p < 0.001$ ).

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 47 (61.04%) opinaron que la comodidad en el servicio era buena y, 30 (38.96%) que era de regular a mala. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 7 (31.81%) opinaron que



era buena y, 15 (69.19%) que era de regular a mala. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 5.89 ( $p < 0.01$ ).

#### 5. Satisfacción y atención recibida:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido; de estos, 124 (83.22%) señalaron que la atención recibida fue buena y, 25 (16.78%) que era de regular a mala. 30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 15 (50.0%) señalaron que la atención recibida era buena y, 15 (50.0%) que era de regular a mala. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 15.88 ( $p < 0.001$ ).

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 57 (74.03%) opinaron que la atención recibida era buena y, 20 (25.98%) que era de regular a mala. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 12 (54.54%) opinaron que era buena y, 10 (45.45%) que era de regular a mala. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 3.07.

#### 6. Satisfacción e información que se le brinda:

De 184 trabajadores que acudieron por primera vez, 149 (80.98%) señalaron haber quedado satisfechos por el servicio recibido; de estos, 139 (93.29%) señalaron que la información que se les brindó fue completa y, 10 (6.71%) que era de incompleta a nula.

30 (16.30%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 16 (53.33%) señalaron que la información que se les brindó fue completa y, 14 (46.66%) que era de incompleta a nula. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 34.34 ( $p < 0.001$ ).

En tanto que, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 64 (83.12%) opinaron que la información que se les brindó fue completa y, 13 (16.88%) que era de incompleta a nula. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 9 (40.90%) opinaron que era buena y, 13 (59.09%) que era de incompleta a nula. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 15.74 ( $p < 0.001$ ).

#### 7. Satisfacción y si fue atendido cuando lo solicitó:

Sólo para los subsecuentes, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 72 (93.51%) señalaron que siempre que solicitaron el servicio fueron atendidos y, 5 (6.49%) que algunas ocasiones o nunca. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 10 (45.45%) señalaron que siempre y, 12 (54.54%) que algunas ocasiones o nunca.

#### 8. Satisfacción y tiempo de espera para ser atendido:

Sólo para los subsecuentes, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 38 (49.35%) señalaron que esperaban de 15 a 30 minutos para ser

atendidos y, 39 (50.65%) que esperaban de 31 a más de 60 minutos. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 2 (9.09%) señalaron que esperaba de 15 a 30 minutos para ser atendidos y, 20 (90.90%) que esperaban de 31 a más de 60 minutos. La comparación entre satisfechos e insatisfechos arrojó una Ji cuadrada de 11.52 ( $p < 0.001$ ).

9. Satisfacción y si siempre acude al IMSS para ser atendido:

Sólo para los subsecuentes, de 100 trabajadores que acudieron de forma subsecuente, 77 (77.0%) señalaron satisfacción; de estos, 73 (94.81%) señalaron que siempre acuden y, 4 (5.19%) que no. 22 (22.0%) manifestaron insatisfacción o indiferencia; de estos, 18 (81.81%) señalaron que siempre acuden y, 4 (18.18%) que no (cuadro 18).

Cuadro 18

CONGRUENCIA EN LAS RESPUESTAS QUE ESTIMAN LA CALIDAD DE LA  
ATENCION  
ENTRE PACIENTES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

VARIABLES	Primera vez		X <sup>2</sup>	p	Subsecuentes		X <sup>2</sup>	p
	Satisfecho	Insatisfecho			Satisfecho	Insatisfecho		
Espacio físico	149	30	22.98	<0.001	77	22	11.18	<0.001
Mobiliario	149	30	12.53	<0.001	77	22	3.4	
Orden y limpieza	149	30	15.97	<0.001	77	22	8.23	<0.01
Comodidad	149	30	19.84	<0.001	77	22	5.89	<0.01
Atención recibida	149	30	15.88	<0.001	77	22	3.07	
Información	149	30	34.34	<0.001	77	22	15.74	<0.001
Si fue atendido					77	22		
Tiempo de espera					77	22	11.52	<0.001
Siempre acude					77	22		

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

Los motivos señalados, por los que no siempre acuden, son por esperar demasiado, trámites tardados y otros.

Como se puede observar, en primer lugar, en términos generales, la comparación entre los porcentajes de respuesta a las variables en estudio, no manifiestan incongruencias muy marcadas con respecto a los extremos de respuesta; es decir, para aquellos trabajadores que señalaron satisfacción por el servicio recibido, su estimación en relación a las demás variables indica

una tendencia positiva, en tanto que para aquellos trabajadores que señalaron insatisfacción o indiferencia, su estimación en relación a las demás variables indica una tendencia negativa, independientemente del grupo al que pertenezcan.

La comparación entre las respuestas de los trabajadores que manifestaron satisfacción y los trabajadores que señalaron insatisfacción por el servicio recibido, muestra que existen diferencias significativas entre la estimación de unos y otros; es decir, aquellos trabajadores que manifestaron satisfacción, evalúan de manera positiva a las variables que estiman la calidad de la atención, en tanto aquellos trabajadores que señalaron insatisfacción, evalúan de manera negativa a las variables que estiman la calidad de la atención.

No obstante, para los trabajadores del grupo de subsecuentes, existen discretas incongruencia para los casos de las variables mobiliario y atención que se les brinda. Otro aspecto a destacar es el relacionado con la tendencia a estimar de manera desfavorable al servicio en función de la frecuencia de asistencia al mismo.

En segundo lugar, con respecto a la comparación entre las respuestas del grupo de trabajadores de primera vez y el de trabajadores subsecuentes, en relación al cruce de la variable satisfacción y las variables que evalúan la calidad de la atención, sólo se observó diferencia significativa en la variable información que recibe el trabajador. En el caso de la variable tiempo de espera, que se analizó sólo para los subsecuentes, también se observó diferencia significativa entre

satisfechos e insatisfechos. En el resto de las variables no se observaron diferencias significativas.

#### 4. CONCLUSIONES

Existen tres variables que muestran incongruencias, mobiliario, información que recibe el trabajador y tiempo de espera para ser atendido, si bien es difícil estimar el peso específico de cada una de ellas con respecto a la evaluación de la calidad de la atención en el servicio objeto de este análisis, es importante destacarlas para el caso de futuras investigaciones.

En el curso del presente análisis se destacó que las variables en estudio estimaron principalmente, aunque de forma muy limitada y parcial, la calidad del servicio en los rubros de estructura y proceso.

En el rubro de estructura porque las variables espacio físico, mobiliario, orden y limpieza y, comodidad en el servicio, hacen referencia a las condiciones o características con que la institución cuenta para ofrecer el servicio. Aunque, como se dijo desde el principio, estas variables son también consideradas en el ámbito de las denominadas amenidades, como parte del proceso de atención.

En el rubro de proceso porque las variables atención recibida, información que se le brinda al asegurado, si se le atiende cuando lo solicita, tiempo de espera, asistencia regular y, satisfacción por el servicio recibido, hacen referencia a la relación que se establece entre el personal médico y

administrativo que atiende a los asegurados. Aunque, de igual modo algunas de estas variables corresponden al ámbito de las denominadas amenidades.

Si bien se pensó, en un inicio, que en la encuesta había quedado bien delimitado el sujeto específico de la evaluación (personal médico o administrativo), al parecer, se pudo establecer que estas últimas variables estimaron en lo general a ambos personajes pero, de manera primordial, al personal administrativo encargado de atender al asegurado y brindarle información, tanto a su arribo al servicio como posterior a su atención por parte del médico; de igual modo que de controlar la afluencia y acceso al consultorio, así como de los tiempos de espera que, están más en función de las necesidades de atención por parte del tipo de caso y la habilidad del médico.

Por otro lado, se considera que la variable satisfacción por el servicio recibido, que se pensó evaluaría la calidad de la atención en este servicio en el rubro de resultados, como única variable, no estima fielmente esa calidad y, en todo caso, de igual modo que las anteriores, al parecer, se puede considerar como una variable que estima de manera primordial al personal administrativo, dadas las combinaciones de evaluación entre las variables consideradas.

Queda claro, entonces, que en esta investigación no se estimó la calidad de la atención médica que reciben los asegurados en este servicio. Para ello sería necesario, en primera instancia, definir tácitamente su función pues, como se menciona en el marco de referencia, sus acciones se apegan más a las funciones

de un ajustador de compañía aseguradora; en segundo lugar, se debe caracterizar su papel para, en consecuencia, establecer una norma de atención y entonces si, estar en posibilidades de estimar la calidad de la atención de este personal médico en el nivel del proceso y contrastarlo con los resultados en relación con los asegurados y la institución.



## VII. REVISION BIBLIOGRAFICA

Como ya se señaló en la introducción de este trabajo, el estudio de la calidad de la atención de los servicios de salud es un campo relativamente nuevo en nuestro país, en tanto que, en el campo de la salud en el trabajo es prácticamente desconocido.

Si bien desde los trabajos pioneros de Lee and Jones en 1933, este campo ha venido cobrando cada vez una mayor relevancia y se ha consolidado con los trabajos de Avedis Donabedian, no obstante, algunos espacios de los servicios de salud se han quedado a la zaga de este desarrollo tan importante en las últimas décadas. Muestra de ello es el hecho de que, en servicios como el de la salud en el trabajo en el IMSS, en nuestro país, no se han realizado estudios al respecto, muy a pesar de que la atención que se brinda en este servicio está dirigida específicamente a los trabajadores, quienes son el "leif motiv" de este instituto.

Esta situación planteó una dificultad metodológica fundamental para el abordaje del estudio pues, en apariencia, el análisis de la calidad de la atención en este servicio debería ser muy similar al de los demás tipos de servicios de salud prestados por el instituto. Sin embargo, una vez identificadas tanto la finalidad como la serie de actividades desempeñadas por el personal que participa en la atención que se le brinda al trabajador en este servicio, quedó de manifiesto que reviste características tanto comunes como características distintas y además perfectamente distinguibles de las de los demás servicios.

Ante esta realidad, se procedió a la búsqueda de información en relación con el objeto de estudio, es decir, el análisis de la calidad de la atención en los servicios de salud en el trabajo, tanto de nivel local, nacional, así como internacional, tarea que se tornó infructuosa. Incluso se tomó en consideración la posibilidad de que aquellos estudios realizados entre trabajadores protegidos bajo alguna forma de seguro exclusivo arrojará luz sobre el campo pero, lo más cercano que se encontró fueron los trabajos de Morehead et al., (1964) y Ehrlich et al., (1962), los cuales sólo hacen referencia a la inadecuada atención recibida por los miembros de un sindicato sin analizar los aspectos relacionados con la atención del servicio de salud en el trabajo.

Por todo esto, se tomó la decisión de explorar los elementos básicos de las líneas generales propuestas por Donabedian para el estudio de la calidad de la atención y, a partir de ello, así como de los trabajos de otros investigadores, lograr una aproximación al campo de estudio de la calidad de la atención en los servicios de salud que pudiera servir de base a futuras investigaciones, pero enfocadas al campo particular de los servicios en salud en el trabajo.

Se parte de la definición enunciada por Lee y Jones en 1933 y adoptada por Avedis Donabedian para proponer sus tres enfoques o estrategias y, la metodología para su estudio, se completará con algunas experiencias, tanto de aplicación de la propuesta de Donabedian, como de aportación de otros autores y, se finalizará con un bosquejo general de propuesta para el objeto de estudio de esta investigación hacia futuros trabajos.

De acuerdo con estos autores, "La buena atención médica es la clase de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en determinado momento o período social, cultural y de desarrollo profesional en una comunidad o grupo de población (...). El concepto de buena atención médica que se ha empleado en este estudio se basa en algunos 'artículos de fe' que pueden enunciarse como que (...). La buena atención médica ...

1. se limita a la práctica de una medicina racional basada en la ciencia.
2. enfatiza la prevención.
3. requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina científica.
4. trata al individuo como un todo.
5. mantiene una relación personal estrecha y continuada entre el médico y el paciente.
6. está coordinada con el trabajo y la asistencia social.
7. coordina todos los tipos de servicios médicos.
8. implica la aplicación de todos los servicios de que dispone la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente". (Lee y Jones, 1933, en Donabedian, 1987)

Es decir, entonces, que "la calidad es una propiedad que la atención puede poseer en grados variables" y, que por lo tanto, "una evaluación de la calidad es un juicio sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así, en qué medida". (Donabedian, 1984)

Para su estudio, este mismo autor considera "tres enfoques o estrategias básicas que inician la progresión de los principios generales a mediciones más específicas: Estructura, Proceso y Resultados". (Donabedian, 1984)

**Estructura.** Son las características particulares de relativa estabilidad de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y de organización donde trabajan, incluyendo los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica, lo mismo que la existencia de seguros de salud. (Donabedian, 1984)

**Proceso.** Es el objeto primario de estudio de la calidad, es decir, la serie de actividades que se llevan a cabo entre dos personajes centrales, por y entre profesionales y pacientes.

**Resultados.** Es el cambio esperado del estado actual o futuro de la salud del paciente, atribuido al antecedente de la atención médica, incluyendo el mejoramiento de la función social y psicológica, con énfasis sobre los aspectos físicos y fisiológicos de la actuación de los pacientes.

Este mismo autor señala como enfoque directo de la evaluación de la atención al estudio del "proceso", en tanto que como enfoques indirectos de la evaluación de la atención, al estudio de la "estructura" o de los "resultados".

Por otro lado, con respecto a la metodología para llevar a cabo esta evaluación señala que:

La evaluación del proceso está basada en el análisis de las actividades del servicio de atención médica, se mide la competencia de la profesión médica en el tratamiento de los problemas de salud, a través de: el estudio de las actividades preventivas, la elaboración de la historia clínica, exámenes de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento instituido, procedimientos de reabilitación y, transferencia de pacientes a otros servicios médicos.

La evaluación de la estructura (insumos), está basada en el análisis de tres grandes componentes: las medidas que se refieren a la organización administrativa para la atención médica; la descripción de las características de las instalaciones y del equipo médico disponible, fundamentalmente en relación a su adecuación con las normas establecidas; y, lo relativo al perfil profesional y técnico del personal empleado, incluyendo su tipo, preparación y experiencia.

Por su parte, la evaluación de los resultados, está basada en el análisis del estado de salud del individuo o la comunidad, en términos de la interacción o falta de ésta con los servicios de salud. Esto se logra por medio de la cuantificación de indicadores de mortalidad, morbilidad, invalidez, molestias y satisfacción del paciente. (Ruiz, 1981)

Hasta aquí los elementos básicos que han servido de base a la mayoría de los investigadores, instituciones y organismos interesados en el estudio de la calidad de la atención médica. Paso ahora a revisar las diversas aportaciones a este campo de estudio, en el entendido de que, la mayoría de las

investigaciones o recomendaciones no hacen el análisis exclusivo de un solo enfoque o estrategia, sino que, de alguna manera incluyen los tres enfoques. Situación que hizo por demás difícil la tarea de dilucidar las líneas con el fin de precisar acciones a realizar tanto en este mismo trabajo, así como futuras tendencias en la investigación de la calidad de la atención en el área de la salud en el trabajo con líneas bien definidas. Además, se debe recordar que las ideas que se destacan se refieren tanto a aspectos generales, como específicos del estudio de la calidad de la atención de ámbitos distintos al del objeto de estudio de esta tesis.

Por principio, es importante destacar que la investigación de la calidad de la atención se ha convertido en una tarea prioritaria desde finales de la década de los 60, así, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) las áreas consideradas como prioritarias en la investigación de los servicios de salud son: formación y utilización de recursos humanos, organización y uso de servicios, costos de la atención médica, sistemas de información para la salud, estudios de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, necesidades y demandas de los servicios y, **calidad de la atención médica.**

La definición de Calidad:

Una primera acotación, señalada por Rutstein et al. (1976), se refiere al hecho de que, la calidad debe diferenciarse de la eficiencia de la atención médica. Ambas son importantes pero no deben confundirse. La primera es el resultado de la acción de la maquinaria de atención médica de la salud, expresada en forma de

una mejor salud para el individuo; en tanto que, la segunda se refiere a la perfección con la que desempeñan esa acción cada una de las partes de esa maquinaria para la corrección de su funcionamiento conjunto y, con respecto a los costo de éste. Entonces, la calidad está relacionada con los resultados y, la eficiencia con el proceso de atención.

Estos mismos autores sugieren que, muchos de los intentos previos por medir la calidad han fracasado debido a la dificultad en el establecimiento de criterios "objetivos" para medir tanto la salud como niveles crecientes de salud. Para Rutstein et al. (1976), no existen mediciones cuantitativas fácilmente mensurables de "mala salud", "salud normal" o "buena salud". En contrario, proponen un sistema para solventar esta dificultad con el establecimiento de índices cuantitativos de salud. Al respecto dicen, que es posible contar los casos de enfermedad evitable, incapacidad evitable y fallecimientos prematuros evitables. Su existencia es una señal de alarma, un suceso sanitario de alerta, que indica la necesidad de mejorar la calidad de la atención. Aspectos, estos últimos, que se deben considerar al mismo tiempo como objetivos para efectuar estudios de la calidad de la atención médica.

En tanto otros autores, como Wheeler y Wyszewianski en conjunto con Donabedian (1982), definen a la calidad de la atención como aquella que produce la mayor mejoría prevista en el estado de salud, entendiendo la salud, en términos generales, en sus dimensiones física, fisiológica y psicológica. Bajo esta definición se deben considerar dos componentes básicos: a) una definición, evaluación del estado de salud, de los cambios o

diferencias en el estado de salud y, b) una definición de la atención médica vinculada a un determinado producto, expresado en forma de un estado de salud. Es decir que la calidad óptima se entiende como aquella que permite mejorar al máximo el estado de salud de un individuo.

La anterior definición implica el empleo de una estrategia de atención para producir un costo de recursos que representa únicamente a la calidad en el nivel puramente médico, en el sentido de que refleja lo máximo que se puede hacer para el paciente en el marco de los conocimientos técnicos actuales. Una conceptualización más completa de la calidad requiere considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. Esta estrategia para alcanzar la eficiencia se denomina "eficiencia clínica". Si en ella se incluye, además, la relación guardada entre la manera en la cual se producen los servicios, entonces se denominará "eficiencia productiva". (Donabedian, Wheeler y Wyszewianski, 1982)

Así, a esta definición que hace referencia a la calidad de la atención dirigida al individuo en el nivel puramente médico, se le ha llamado "individualizada". Por su parte Vuorí, sin tomar en cuenta los costos la denomina "absoluta", en tanto que Donabedian la denomina "absolutista". (Donabedian, Wheeler y Wyszewianski, 1982)

Por otro lado, señalan estos mismos autores, se debe establecer una relación entre los incrementos del gasto total en la atención personal de salud y los incrementos en un indicador del



estado de salud que incluya, tanto una valuación personal, así como otra externa, ponderándola aún más, según la preferencia de una distribución social específica de salud. La estrategia social óptima de la atención, corresponde al punto más alto de la curva que describe esta relación.

Y continúan, si la sociedad toma en cuenta, tanto los costos sociales como los costos individuales, tenderá a conformarse con una ganancia neta más pequeña en términos de salud que aquel estimado por los individuos. Si se toma en cuenta, tanto las valuaciones externa como las individuales, la sociedad tenderá a destinar más recursos a la atención que el que hacen los individuos. Si el objeto es redistribuir la salud entre los distintos subgrupos de la población, entonces, la sociedad restará alguna porción a algunos para dársela a otros. Lo que hace recordar, una vez más, la índole contingente de la definición de calidad.

Para Starfield (1973) el estado de salud es el resultado de la interacción de cuatro fuerzas (...) la genética, el medio ambiente, la conducta y el ejercicio de la medicina (...); la conducta de los pacientes (...) tiene a menudo gran influencia (...) respecto de la atención de la salud. (...), los aspectos no funcionales del ejercicio de la medicina, relacionados con los encuentros entre el personal profesional y el paciente, pueden representar un aporte de importancia a esa relación.

En tanto que Brook y Appel (1973), señalan que, el proceso de la atención a la salud comprende todo lo que un médico hace con respecto a un paciente (pruebas diagnósticas, intervenciones

terapéuticas), los recursos de atención médica y el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. El resultado de la atención es la respuesta del paciente en términos de mortalidad, síntomas, capacidad de trabajar o llevar a cabo las actividades rutinarias y, las mediciones fisiológicas. Las evaluaciones con criterios implícitos se basan en la opinión subjetiva de cada evaluador, no utiliza criterios predeterminados. Las evaluaciones con criterios explícitos se basan en criterios predeterminados establecidos por acuerdo colectivo de los evaluadores.

Para Rutstein et al.(1976), la medición de la calidad de la atención médica implica aspectos generales (...). Para empezar es necesario definir algunos términos (por ejemplo): Atención Médica, en un sentido amplio, incluye la aplicación de todos los conocimientos médicos relevantes, la investigación básica y aplicada para aumentar estos conocimientos y hacerlos más precisos, los servicios de todo el personal médico y conexo, instituciones y laboratorios, los recursos del gobierno, las agencias voluntarias y sociales, y las responsabilidades de cada individuo en la cooperación.

Por lo tanto, calidad es el efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población. Las mejoras en la calidad de la atención deben reflejarse en una salud mejor.

Los Objetivos:

Como se puede observar, la definición de calidad de la atención puede tener diversas acepciones y niveles de aplicación. Hace

referencia tanto a la interacción de un profesional de la salud con sus pacientes, a un colectivo, a una compañía aseguradora, a una institución de salud o al conjunto tanto de compañías aseguradoras como de instituciones en una provincia, estado o país. De igual modo, se refiere al estudio de esa interacción, de sus resultados, así como a todos los elementos que concurren para efectuar esa interacción entendida en términos de alcanzar un mejor y mayor beneficio de la salud para el individuo y la colectividad.

Pero lo más importante es que, cuando se decide emprender un estudio de esta naturaleza es imprescindible precisar con claridad el objeto de estudio de interés y delimitar finamente el nivel o ámbito a examinar, ya sea por interés del investigador, la necesidad institucional de establecer normas y reglamentos o bien, debido a la detección de irregularidades en el desempeño de la actuación para brindar este servicio y sus resultados.

Como en toda investigación, de la precisión con que se logre formular el planteamiento del problema y su correcta delimitación, dependen los demás aspectos y la evolución de la indagación que se pretende realizar. Uno de esos aspectos es el de los objetivos, paso ahora a revisar qué es lo que dicen los autores que se analizan.

Un primer objetivo, quizá el que da origen y validez a este campo de investigación, es el que se refiere al estudio de la evaluación de la calidad de la atención expresada en el efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población,

entendida en el sentido que ya quedó anotado en las definiciones respectivas. Se entiende, entonces, que toda acción que aumenta la calidad de la atención debe reflejarse en un estado de salud más óptimo para el desempeño del individuo y de la colectividad, en su sentido más amplio.

Donabedian, Wheeler y Wyszewianski(1982) señalan, con respecto a la evaluación de la calidad de los hospitales, que pueden tener distintos objetivos, por lo tanto, los métodos y las normas seleccionadas deben guardar relación con esos objetivos.

Un primer objetivo y el más común, es la necesidad de reglamentación. Consiste en comprobar si un hospital cumple ciertas normas que lo hacen aceptable para los objetivos del organismo regulador o normativo. Corrige los abusos y eleva el nivel general hasta un mínimo aceptable. Objetivo similar tienen los requisitos de las juntas que otorgan licencias, fondos de seguros de salud y otras organizaciones.

El segundo objetivo, que está en relación con el anterior, es servir de estímulo para mejorar la calidad. Las evaluaciones para la concesión de licencias y acreditaciones también tienen esta finalidad, además de la de aplicar los reglamentos. Un objetivo muy importante es el de la autoevaluación que llevan a cabo algunos hospitales con este objetivo.

El tercer objetivo es el de estudiar los efectos de determinados programas de evaluación o métodos sobre la calidad de la asistencia.

Del mismo modo que se dijo con respecto a la formulación del planteamiento del problema y su delimitación, la precisión de los objetivos es un requisito indispensable para la realización de una investigación cuyos resultados esperados estén en posibilidades de aportar un mayor beneficio a la salud del individuo y a la colectividad.

#### La Metodología:

Como ya quedó señalado, para Donabedian existen dos enfoques de evaluación de la calidad de la atención: el enfoque directo, cuyo terreno es el análisis del "proceso" de la atención médica; y, el enfoque indirecto, cuyos terrenos son, por un lado, el análisis de los "resultados" del proceso y, por el otro, el análisis de la "estructura" bajo la cual se desarrolla dicho proceso. En cada uno de ellos se han experimentado diferentes métodos para su estudio. No obstante, en la mayoría de los casos y, dado que quizá es difícil precisar límites de cada uno pues, están inmersos en un todo complejo e interdependiente, dichos métodos no han logrado la especificidad que se requiere para establecer la evaluación correcta, en algunos casos sí se ha logrado. Con esta dificultad, paso ahora a describir los avances aportados en este aspecto por diversos autores.

En principio diré que, las técnicas a utilizar en un estudio de la evaluación de la calidad variarán en función de los objetivos de cada estudio en particular. De igual forma, la calidad de la atención puede evaluarse mediante un abordaje uni o bien multidimensional cuyo producto será un perfil ya sea de un caso individual, colectivo, de una compañía aseguradora, de un

hospital, de una institución o, de un sistema. Así, la principal base de evaluación será la utilización de uno o varios métodos. Por otro lado, cualquier índice y norma a utilizar en cada caso, objeto de evaluación, debe estar claramente definido, basarse en datos comparables y ser sujetos de comprobación con respecto a su confiabilidad y validez. De modo similar, se deben comprobar las evaluaciones clínicas cualitativas y aplicarles controles; y, los análisis crítico de los métodos concretos utilizados deben ser, también, objeto de evaluación de la calidad.

Se tiene, en primer lugar, que para medir la calidad de la atención médica directa se han desarrollado dos métodos en particular, uno que, con base en una o varias normas, está dirigido a la detección de deficiencias en el desempeño de los profesionales de la salud, cuya pretensión es modificarla para mejorar la calidad de la atención y, otro, dirigido a investigar las actitudes de los pacientes hacia la atención recibida.

Es recomendable que, para lograr que el método de medición sea un instrumento ideal de evaluación, tanto de la evaluación de la calidad de la atención médica directa (enfoque directo), así como de un programa o institución (enfoque indirecto), son requisitos fundamentales los siguientes: 1) **sensibilidad**, es decir, que detecten diferencias en la calidad de la atención entre las unidades estudiadas; 2) **objetividad**, esto es, que observadores diferentes den a las unidades jerarquía y orden similar, con magnitudes de deferencias parecidas entre éstas; 3) **validez**, con la finalidad de que refleje una concepción de la calidad del servicio, de acuerdo con los conceptos actuales, de lo que se considera una práctica médica correcta; 4) **basarse en**

suficientes principios generales sobre la práctica médica, con el propósito de aplicarlo a diversas especialidades; y, 5) práctico en su aplicación, a fin de lograr costos accesibles para su instrumentación.

La auditoría médica, consiste en una combinación de índices estadísticos de elementos asistenciales y una revisión retrospectiva de casos. Se basa en la revisión de las historias del hospital aplicando criterios tales como: evaluaciones cualitativas sobre la asistencia proporcionada y análisis de los errores diagnósticos, así como índices numéricos como es el caso de las siguientes tasas: mortalidad, incidencia de determinadas complicaciones, extirpación de tejidos normales en operaciones, interconsultas, cesáreas y algunas pruebas clasificadas por diagnósticos. Denominadas "contabilidad de servicios profesionales para su evaluación en auditoría médica". (Donabedian y Wyszewianski, 1982)

Brook y Appel (1973) evaluaron la calidad de la atención con fundamento en dos criterios: 1) evaluación con criterios implícitos, basados en la opinión subjetiva del evaluador, sin utilizar criterios predeterminados; y, 2) evaluación con criterios explícitos, basados en opiniones normatizadas, utilizando criterios predeterminados, establecidos por acuerdo entre los evaluadores. Optaron, en su estudio, por la selección de un conjunto de pacientes cuya condición fuera presentar algún padecimiento específico (infección de vías urinarias, hipertensión, una lesión ulcerosa en el estómago o duodeno y, con posible carcinoma gástrico ulcerado), en los que se evaluó

la atención recibida en el servicio de la especialidad respectiva.

Para el caso de los criterios implícitos, se evaluó: a) el proceso; b) el resultado; y, c) proceso y resultado. Utilizaron un formato estructurado, elaborado por el investigador principal, correctamente respaldado por la información de la historia clínica de cada caso, bibliografía y consulta a expertos del Hospital Jhon Hopkins. Los evaluadores deberían leer el resumen y emitir una calificación, mediante una escala de 0 a 10, si a su juicio el aspecto que se estaba evaluando había sido adecuado o inadecuado.

Para el caso de los criterios explícitos, se evaluó: a) el proceso; y, b) el resultado. Utilizaron dos formatos, elaborados por especialistas, en los que se establecían los requisitos correspondientes a lo que se consideró una atención de buena calidad y que además tuviera un efecto positivo importante en el resultado. Los evaluadores aplicaron luego estos criterios al análisis de las historias clínicas para emitir, del mismo modo que en el caso anterior, una estimación de la calidad de la atención.

Sus resultados indicaron que la estimación con base en criterios explícitos es más estricta, pues se obtuvieron estimaciones más bajas en la escala empleada, quizá por esa razón, los médicos se inclinaron a favor de este método para evaluar la calidad de la atención. Aunque como lo señalan los autores, "resulta irónico que, en un momento en el que los médicos estaban comenzando a apreciar la necesidad de evaluar la calidad de la atención,



elijan (en general) el método más estricto de evaluación". (Brook y Appel, 1973)

Por su parte Williamson(1965), en su estudio sobre la "Evaluación del Juicio Clínico Médico", señala que para evaluar los dos elementos distintivos de la competencia médica -la eficiencia (medida desde el punto de vista del desempeño del médico), y la pericia (medida a partir de los resultados de ese desempeño), ambos, observados en el paciente-, la evaluación de la competencia clínica involucra tres elementos de importancia crítica: medición, criterios y juicio.

Ahora bien, dado que los métodos utilizados, en muchas ocasiones, no son económicamente apropiados para su uso general en la evaluación objetiva del proceso y resultados en la práctica clínica dado que, para evaluar el juicio clínico se mide, por un lado, el alcance de la intervención de un médico con estudios de observación (estudio del proceso), y se infiere la prevención de la discapacidad a partir de dicha medida (estudio de los resultado) y, por el otro, del estudio de los resultados como producto del proceso de la atención se ha inferido la calidad.

Por ello propone el uso de simuladores de los problemas de los pacientes, su aplicación consiste en la elaboración de una prueba en la que se plantea un problema por resolver. Es una breve descripción clínica del paciente, seguida de una larga lista de posibles intervenciones diagnósticas y terapéuticas. El médico lee paso a paso la prueba y selecciona los procedimientos que estime convenientes.

Este procedimiento también ha sido utilizado para analizar el desempeño del médico, así como para demostrar la clase de información útil a obtener durante la aplicación de la prueba.

Este método ha sido utilizado en la facultad de medicina de Illinois y por el Departamento de la Educación Médica de la Asociación Americana del Corazón, con resultados muy disímolos pero alentadores, sobre todo para la formulación y evaluación de programas educativos, aunque se considera necesario su perfeccionamiento para mejorar el desempeño profesional y la calidad de la atención de los pacientes. (Williamson, 1965)

Por otra parte, Rutstein et al.(1976), presentan los aspectos generales de un nuevo método para medir la calidad de la atención médica que toma en cuenta los casos de enfermedad e incapacidad evitable y las muertes prematuras evitables. Mediante una lista de condiciones en las que ocurren un solo caso de los señalados arriba sirven como índices de la calidad de la atención.

Indican varios grupos amplios de enfermedad en los que con una redefinición y estudio intensivo se estaría en posibilidades de encontrar características que servirían de índices de salud. Al mismo tiempo que describen cómo pueden utilizarse dichos índices de resultados para determinar el nivel de salud de la población general y los efectos sobre el mismo de factores económicos, políticos y ambientales, así como para evaluar la calidad de la atención médica que se presta dentro y fuera de los hospitales (atención ambulatoria) con los objetivos de mantener la salud, así como prevenir y tratar enfermedades.

Con respecto a los métodos dirigidos a investigar las actitudes de los pacientes hacia la atención recibida, Suchman (1965), citando a Mechanic y Volkart, quienes propusieron el concepto de "comportamiento propio del enfermo", en referencia a la manera en que, una persona que reconoce manifestaciones de dolor, molestias u otros síntomas y signos de falla orgánica, percibe y evalúa dichas manifestaciones y toma medidas al respecto, analiza ese comportamiento en términos de las pautas sociales que acompañan a la búsqueda, el hallazgo y la obtención de atención médica.

Sus resultados los llevaron a la identificación de cuatro elementos principales en el comportamiento del enfermo: a) el contenido; b) la secuencia; c) el espaciamiento; y, d) la variabilidad del comportamiento durante las distintas fases de la atención médica.

Los anteriores elementos se expresan en distintas combinaciones y orden, lo que proporciona idea del tipo de comportamiento que se puede esperar en los individuos. Al respecto este mismo autor menciona que se pueden encontrar conceptos de utilidad tales como: a) "ir de compras", es decir, probar varias fuentes de atención médica; b) "fragmentación de la atención", es decir, administración del tratamiento por varios médicos en una sola fuente de atención médica; c) "dilación", es decir, demora en la búsqueda de atención después de reconocer los síntomas; d) "automedicación", es decir, intentos repetidos de automedicación y uso de remedios caseros; y, e) "falta de continuidad", es decir, interrupciones del tratamiento o de la atención. (Suchman, 1965)

Por su parte Hulka y Zyzanski(1982), en un trabajo en que analizan los adelantos logrados a lo largo de más de un decenio de estudios para determinar la actitud de los pacientes con respecto a los médicos y sus servicios de atención, evaluaron la validez de tres subescalas utilizadas para determinar la actitud de los paciente con respecto a: 1) competencia profesional; 2) cualidades personales; y, 3) el costo y la conveniencia, mediante tres métodos psicométricos: a) análisis de los puntos de interés; b) análisis del escalograma de Guttman; y, c) análisis de los factores.

Sus resultados apuntan a considerar que, las clases de actitud, objeto de determinación, tienen un grado multidimensional, pues reciben la influencia de la experiencia personal, el ambiente psicológico de la persona entrevistada y las circunstancias que rodean el empleo de la escala. Por lo tanto, la validación de los instrumentos para determinar la actitud respecto de asuntos complejos como la prestación de servicios de atención de salud no es un proceso netamente técnico. Es decir, entonces, que la finalidad de la creación del instrumento es de primordial importancia y es preciso entender las características del asunto respecto al cual se trata de determinar la actitud.

Así, la prueba más importante de la validez de una escala es su utilidad, es decir, la medida en la cual sirve para lograr el fin propuesto. De igual modo, es indispensable mejorar la conceptualización de las escalas de satisfacción, dados los cambios permanentes en los valores de la sociedad y, los adelantos técnicos que deben ser incorporados a la formulación

de dichas escalas para someterlos a la prueba del estudio empírico. Tarea que queda pendiente por realizar.

Quizá el resultado más importante de estos esfuerzos en la investigación es el hecho de que, tanto proveedores de servicios así como investigadores, han aceptado que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención de salud y que, al mismo tiempo, es un posible factor determinante en el paciente, tanto de la utilización de servicios como de su conducta, en lo que respecta al cumplimiento del tratamiento prescrito.

No obstante lo antes dicho, todavía no se han evaluado suficientemente la interacción entre: grado de satisfacción con las decisiones y el comportamiento de los pacientes relacionado con la salud, que comprenden, desde la decisión de buscar atención hasta la conclusión del proceso terapéutico en el resultado en el ámbito fisiológico y funcional.

En este mismo campo, Purola et al.(1973), estudiaron la enfermedad percibida por el paciente, los factores determinantes (predisponentes y habilitantes) del uso de servicios de atención médica y, el uso que hace de dichos servicios, en Finlandia, con respecto al Seguro Nacional de Salud en este país y su efecto.

Un estudio similar al anterior fue realizado por Densen et al.(1959), en el que estudiaron tanto la cantidad como la calidad en el uso de los servicios médicos prestados por el Seguro Médico de la Zona Metropolitana de Nueva York.

De igual modo, Aday y Andersen (1974) analizan, a través de la conformación de un marco teórico, el acceso de la población a los servicios de salud y llegan a la conclusión de que, las políticas de salud influyen sobre las características del sistema de prestación y de la utilización de los servicios de salud, así como sobre la satisfacción de los consumidores.

En tanto que Solon et al. (1960), hacen una aproximación al establecimiento de patrones de atención médica de pacientes del Beth Israel Hospital de Boston y concluyen que "Las personas obtienen su atención médica de muchas maneras (...). Para poder estudiarlos y analizarlos es necesario una organización sistematizada". (Solon, 1960). Y, por lo tanto, tomar en cuenta en cualquier trabajo de investigación a emprender.

Souillá et al. (1974-1975), tomando en cuenta los conceptos de economía de escala y rendimientos decrecientes, estudiaron la calidad de la atención comparando los servicios prestados en hospitales y en clínicas ambulatorias en el campo de la pediatría. Introdujeron en su formulación las variables sustanciales concretas y bien definidas sobre el problema en estudio. En este sentido, establecieron que, en el campo de la atención de la salud, una medida adecuada para su evaluación debe comprender, además de las actividades que el sistema realiza, la apreciación del resultado final frente al problema de salud en estudio.

Esta concepción permite el estudio de las relaciones entre recursos-producción y, el estudio de las relaciones entre recursos-resultado. Con base en estos conceptos, la esencia del

problema reside en la relación entre el incremento de los recursos para la atención médica y el resultado a obtener con la aplicación de recursos.

La hipótesis general de este estudio consistió en afirmar que es posible definir normas de atención de diferente complejidad y necesidad de recursos para distintos hospitales de atención pediátrica con respecto a determinadas enfermedades. Tales definiciones deben estar acordes con las normas dictadas por el desarrollo alcanzado por el conocimiento y la técnica médica actual. El propósito es alcanzar los resultados próximos al nivel de los mejores posibles.

Las normas de atención se diferenciaron según los recursos utilizados en sus lugares de aplicación. El hospital de niños debió utilizar las normas denominadas "máximas" mientras que el resto de los establecimientos lo debían hacer con las llamadas "normas básicas".

Estos autores llegan a la conclusión de que, mediante la aplicación de las normas, después de cierto nivel de resultados alcanzado por ambas instancias de atención, con una determinada composición de recursos y complejidad de procesos, el incremento subsiguiente de estos últimos no se acompaña de variaciones significativas entre ambas instancias analizadas.

Algunas técnicas utilizadas en las valoraciones de la calidad hospitalaria:

- Análisis de los pre-requisitos. En la aplicación de este método, se asume que es posible seleccionar un conjunto de pre-requisitos, esto es, niveles mínimos u óptimos de instalaciones, equipos, formación profesional, etc., para la asistencia correcta, y que tanto su aplicación, así como su mejor aplicación son factores que conducen a una atención de calidad. El método se basa en la hipótesis de que, con algunos recursos y normas de referencia se debe alcanzar una adecuada calidad en la asistencia. Condición para su aplicación es que la hipótesis debe ser reconocida y comprobada explícitamente para que los criterios que le darán validez queden de una manera más clara y con mejores resultados.

- Indices de elementos de funcionamiento. Este método utiliza índices (que pueden definirse como medidas o conjunto de medidas utilizadas para medir indirectamente la incidencia de una característica que no puede medirse directamente, por ejemplo, la asistencia al paciente), que intentan reflejar uno o más datos de funcionamiento.

- Indices de efectos de la asistencia. Es el uso de índices que puedan medir los efectos de la calidad de la atención sobre la salud del paciente. Estos índices pueden ser engañosos en la medida en que existen muchos factores que influyen en el resultado, por lo tanto se debe ser cuidadoso en su evaluación, así como en el control de algunos.

- Evaluaciones clínicas cualitativas. Si bien representan un abordaje directo de las características que se quiere evaluar, pueden resultar abstractas, en la medida en que son subjetivas y



por lo tanto menos precisas que algunos de los índices señalados anteriormente.

Una vez hecha esta revisión, paso ahora a señalar lo que Donabedian(1966) menciona en su estudio sobre la EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual describe y evalúa los métodos utilizados actualmente para estimar el grado de calidad de la atención médica y propone algunas orientaciones dirigidas a estudios futuros.

Este autor dice que "La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la 'calidad de la atención médica' (y que) pocos estudios empíricos analizan en profundidad cuáles son las dimensiones y los valores pertinentes en un momento y en un entorno determinado". (Donabedian, 1966)

Así, por ejemplo, continúa, en un estudio realizado por Klein et al.(1961) se encontró que 24 funcionarios administrativos aplicaban, en conjunto, 80 criterios para evaluar la atención del paciente, por lo tanto concluyen que "la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario y ' ... al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente'(es decir , entonces que), "Las dimensiones y criterios que se elijan entre los muchísimos posibles para definir la calidad tendrán, por cierto, profunda influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica". (Donabedian, 1966)

Recomienda que para el caso del uso de los resultados como criterios para evaluar la calidad de la atención médica "se los debe utilizar con discernimiento, en la medida en que tienen sus limitaciones". (Donabedian, 1966)

Por un lado, los resultados de la atención médica, esto es, recuperación, restauración de las funciones y supervivencia, en estudios como los de Kohl(1955) y Shapiro(1960), sobre la mortalidad perinatal; Lipworth et al.(1963) sobre tasas de letalidad en la cirugía; y, Rice et al.(1961) sobre la adaptación social de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos, ofrecen innumerables ventajas, tienden a ser bastante concretos y, como tales, sujetos de una aparente medición más precisa pero, es necesario observar algunas consideraciones que pueden restringir su uso. Así, por ejemplo señala, se debe determinar si el resultado de la atención, es en realidad, la medida que corresponde utilizar "puesto que los resultados reflejan no sólo el poder de la ciencia médica de alcanzar determinados efectos en ciertas condiciones dadas, sino también el grado en que se ha aplicado en los casos objeto de estudio la 'medición científica' como se la concibe actualmente".(Donabedian, 1966) Salvo excepciones como en casos como el de Lembcke(1956), en que se elige a la sobrevivencia como criterio de éxito en una situación que no es mortal, pero que puede conducir a una condición de salud subóptima o invalidante.

Por otro lado, el resultado está sujeto a muchos otros factores, por lo que, es indispensable mantener constantes todos los demás factores si se quiere llegar a conclusiones válidas. De igual

modo, existen casos en que para observar los resultados deben transcurrir largos períodos de tiempo y, por lo tanto, no se encuentran disponibles para su análisis y evaluación, ya debido a la evolución propia de los padecimientos o ya debido al desarrollo de la tecnología médica, ante lo que se sugiere la realización de "estudios comparativos de los resultados en situaciones controladas". (Donabedian, 1966)

Asimismo, existen resultados de difícil medición o que no fueron definidos con suficiente precisión, como los referidos en el estudio de Kelman y Willner (1962), sobre las actitudes y satisfacciones de los pacientes, la readaptación social y la discapacidad y rehabilitación física. De la misma manera, considerados en conjunto los resultados, no permiten conocer en qué consisten las deficiencias o ventajas a las que se podría atribuir un resultado determinado ni dónde se encuentra.

A pesar de lo señalado, los resultados "siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica". (Donabedian, 1966)

Con respecto al examen del proceso mismo de la atención, es decir, la determinación de si se ha aplicado lo que se conoce actualmente como "buena" atención médica, es requisito fundamental que se especifiquen con mucho detenimiento las dimensiones, los valores y las normas a emplear en la evaluación de: "el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de la información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas; la justificación del diagnóstico y del tratamiento; la competencia técnica en la

aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluso los quirúrgicos; las pruebas de manejo preventivo del paciente en condiciones de salud y de enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención, el grado en que la atención resulta aceptable para el destinatario y muchas otras". (Donabedian, 1966)

Estas estimaciones son menos estables y definitivas pero, pueden ser más pertinentes para el establecimiento de si se practica correctamente la medicina.

Con respecto a la evaluación de las situaciones en que tiene lugar, los medios y procedimientos para efectuar la atención médica, es decir, la estructura, si bien puede abarcar procesos administrativos de diversa índole que prestan apoyo y orientación a la prestación de la atención, debe basarse en "aspectos tales como la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; la estructura administrativa y el funcionamiento del programa e instituciones que prestan atención médica; la organización fiscal y varios más", como los desarrollados tanto por Weinerman como por Goldmann. (Donabedian, 1966)

Los métodos a utilizar para la obtención de la información necesaria dependerán del enfoque adoptado para evaluar la calidad, así, cuatro fuentes merecen una especial atención: a) las historias clínicas, empleadas por Peterson et al. (1956), Clute (1963), Kroeger et al. (1965), Rosenfeld (1957) y otros investigadores; b) la observación directa, empleada por Kilpatrick (1963), Makover (1951), Daily (1956), Fitzpatrick (1962)

y otros investigadores ; c) el estudio de conductas y opiniones, empleados por Maloney et al.(1960), y Georgopoulos y Tannenbaum(1957); y, d) el autorreferencial, empleado por Georgopoulos y Mann(1962).

Para la selección de la muestra es indispensable especificar con precisión el universo que será objeto de muestreo que, a su vez, está en dependencia de la clase de generalizaciones que se pretenda hacer. En función de los objetivos a que se refieren los estudios de la calidad se pueden considerar en tres puntos: "1) la atención que realmente presta una categoría determinada de proveedores de atención; 2) la atención que realmente recibe un grupo determinado de personas; y 3) la capacidad de un grupo determinado de proveedores de proporcionar atención" (Donabedian, 1966) Para los dos primeros casos, se requiere de muestras representativas tanto de los posibles proveedores o beneficiarios, como de la atención proporcionada o recibida. Para el último caso sólo se requiere de una muestra representativa de los proveedores. Lo más importante es que se deben seleccionar de manera uniforme los aspectos significativos de la atención.

Por otro lado, la medición está directamente en dependencia del tipo de patrones a utilizar, derivados de dos fuentes: a) los patrones empíricos y, b) los patrones normativos. Los primeros "se derivan de la práctica real y se emplean en general para comparar la atención médica prestada en un ámbito con la de otro o con promedios y escalas de valores estadísticos obtenidos a partir de un mayor número de ámbitos similares, (como los empleados por Eislee et al.(1956), Furstenberg et al.(1953); los

segundos) "se derivan, en principio, de las fuentes que fijan legítimamente las normas del conocimiento y la práctica en el sistema de atención médica predominante". (Donabedian, 1966) Algunos investigadores han empleado ambos tipos de patrones, como Rosenfeld(1957) y Lembcke(1963).

Ahora bien, para lograr una distinción de los grados del desempeño que, está en dependencia de la escala de medición usada, se pueden utilizar categorías, como en el estudio de Clute(1963), o calificaciones, como en el estudio de Peterson y Barsamian(1963). Siempre es necesario definir con precisión, adecuar y ajustar a cada caso objeto de estudio la escala que se elije.

Otro aspecto que es importante tener en cuenta es el de la confiabilidad de la evaluación, para ellos se recomienda que "El principal mecanismo para lograr una mayor confiabilidad es la especificación detallada de criterios, patrones y procedimientos empleados ...". (Donabedian, 1966)

En el caso de no lograr esa precisión, se pueden esperar sesgos en los resultados, de ahí la importancia de este aspecto. Sin embargo, siempre hay que aceptar el sesgo como la regla más que la excepción.

Por otro lado, no se debe olvidar que la validez de los resultados sobre la evaluación de la calidad de la atención son función directa de la relación existente entre la eficacia de la atención para lograr o producir salud y satisfacción, según la definición de una sociedad o subcultura particular para cada uno

de sus miembros y los fenómenos que se estudian como indicadores de la calidad.

Lo más importante de todo es el interés en entender el proceso de atención médica propiamente dicho, las condiciones en que se da y la posibilidad de mejorar sus resultados.

A través de estas páginas he querido dar cuenta de los avances en investigación y el estado del arte en el campo de estudio de la calidad de la atención médica. Este panorama, quizá muy limitado, permite establecer niveles y ámbitos de abordaje del estudio de la calidad de la atención médica; proceso, resultados y estructura, en el enfoque de Donabedian. No obstante, para el desarrollo de este capítulo y, dado que en la mayoría de los trabajos revisados tales enfoques se encuentran imbricados, seguí un orden distinto, en primer lugar, desarrollé la línea cuya finalidad es la medición de la calidad de la atención médica directa y, en segundo término, la línea dirigida a investigar las actitudes de los pacientes hacia la atención recibida.

En cada una de estas líneas quedaron anotados los niveles de análisis, las posibles definiciones, los objetivos y la metodología a desarrollar, ya se esté realizando una investigación de enfoque directo o indirecto.

Queda una tarea muy importante por realizar, la de elaborar un marco conceptual y metodológico para el estudio de la calidad de la atención en el campo específico de los servicios de salud en el trabajo. Si bien existe ya un amplio conocimiento y

desarrollo metodológico del examen de la calidad de la atención en diferentes y diversos ámbitos, para el caso específico de la salud en el trabajo y, quizá valdría la pena decir en nuestro país, queda un largo camino por recorrer.

Aquí sólo mencionaré algunos puntos generales que podrían servir de base para iniciar la tarea de elaboración conceptual y metodológica.

En principio, sería necesario caracterizar a la institución, por lo menos en los aspectos social, político, económico e histórico y ubicar adecuadamente el papel que ha jugado, está jugando en un momento como el actual de recambio y, aventurar hipótesis de su acción futura.

Un segundo aspecto es caracterizar y diferenciar perfectamente a cada uno de los seguros que administra la institución, así como sus interacciones o intersecciones, al mismo tiempo, mediante esta descripción, identificar las posibles áreas y niveles de investigación.

El tercer aspecto a considerar es el relacionado con la nítida descripción de las actividades desempeñadas por los diferentes personajes institucionales involucrados en la administración del seguro de riesgos de trabajo, los ámbitos y niveles de ese desempeño, tanto en el aspecto administrativo como operacional y de aplicación.

Un cuarto elemento es el de la necesaria elaboración de normas de acción de cada uno de los profesionales dedicados a la



atención directa del paciente que acude al servicio de salud en el trabajo de la institución. Quizá, en un principio, sería necesario la elaboración de un listado de requisitos que, posteriormente, a través de la consulta bibliográfica y con especialistas en el campo, se debe convertir en norma para la atención del paciente en este servicio. Es decir, establecer criterios implícitos y explícitos de la atención al paciente.

Esta actividad no sólo estaría enfocada al personal médico, sino a todo aquel personal que la institución destina a la instrumentación de la administración del seguro respectivo, es decir al personal auxiliar en general.

Por lo tanto es conveniente la elaboración de las definiciones pertinentes, por ejemplo, de lo que se debe considerar una buena atención médica en el momento actual, desde la perspectiva tanto profesional, como de los usuarios de los servicios, para sólo mencionar un caso, pero sería necesario elaborar las definiciones correspondientes para cada caso en concreto.

Un quinto aspecto es el relacionado con la caracterización y descripción detallada de una ruta crítica, que podría apuntar a la elaboración de una norma para la atención, por parte de la institución, de todo aquel trabajador víctima de un riesgo de trabajo (de acuerdo al concepto expresado en la LFT y LSS), desde su arribo a algún servicio de la institución, hasta la terminación administrativa del caso, incluyendo las diferentes y diversas salidas colaterales.

En relación con el punto anterior, se entiende que, otro tipo de servicios, de diferente nivel y para diversas acciones, están involucrados en la atención de estos pacientes, por lo tanto sería necesario, de igual modo que se ha comentado para los demás puntos, hacer su caracterización específica, así como de las interacciones o intersecciones que se efectúen.

Esta caracterización serviría para dos propósitos, el primero destinado a la elaboración de normas para la atención de los pacientes protegidos bajo el seguro de riesgos de trabajo (situación que quizá es de difícil tratamiento pues, se entiende que en estos otros niveles se atiende a derechohabientes y que, tal vez, no se considere conveniente establecer diferencias de trato), no obstante sería necesario con el fin de encontrar rasgos distintivos o bien con fines de la investigación sobre la calidad de la atención. El segundo propósito está relacionado con la búsqueda de las interacciones o intersecciones, su caracterización, descripción, jerarquización en la atención al paciente y dilucidación del grado de interferencia en esta misma que pudiera repercutir sobre los resultados, al mismo tiempo, su estimación como posibles ámbitos de estudio sobre la calidad de la atención.

Por otro lado, la caracterización de los servicios ofrecidos por los demás seguros a que tiene derecho el trabajador por estar asegurado en el instituto, permitiría la observación de similitudes o diferencias para seleccionar campos de comparación idóneos que serían muy preciados en futuras investigaciones sobre la calidad de la atención médica.

También sería necesario avanzar en la caracterización de los pacientes bajo el seguro de riesgos de trabajo, sus preferencias, comportamiento, actitudes, percepción de la enfermedad, grado de satisfacción con respecto al dictamen, a la recuperación de la salud o discapacidad, etc., para lo que se podría utilizar los criterios ya usados en investigaciones de otros campos de investigación, es decir, sector, rama industrial, tipo de industria, sexo, edad, grado y clase de riesgo, escolaridad, ocupación, etc..

Todo lo anterior con el objetivo primordial de alcanzar el grado máximo de salud de los asegurados bajo el seguro de riesgo de trabajo del IMSS.

Tareas de corto o mediano plazo en este campo de investigación, serían aquellas dirigidas a la selección de objetos de estudio específicos que, aunque en apariencia son pequeños, tal vez representen enormes pasos en la conformación de una gran línea de investigación, tanto para la maestría como para el instituto. Esto es, hacer un análisis situacional y elegir objetos de investigación con una factibilidad considerable, que no representen gastos importantes, pero que sean alcanzables en un corto plazo y, representen, tanto el inicio del desarrollo de esta línea de investigación, así como avances en esa enorme tarea ya enunciada en páginas anteriores.

Me refiero al estudio de los expedientes clínicos, de los formatos para la recolección de la información (formas 4-30-8, MT-1, MT-2, MT-3, MT-4 y MT-5), de los informes que el servicio elabora para las diferentes instancias, de la satisfacción del

paciente con respecto a su dictamen, a su atención en general o en particular, sobre la recuperación de la salud o la generación de una discapacidad, a las demandas generadas, la atención del paciente por servicio utilizado, preferencias de atención, etc., para sólo mencionar algunos.

Como se puede observar, queda una labor muy grande e importante por realizar y que amerita una atención especial por parte de los interesados en el campo de la salud en el trabajo. La presente tesis es apenas un pequeño esfuerzo inicial en el descubrimiento de este vasto campo de estudio.

## VIII. CONCLUSIONES

El estudio de la calidad de la atención médica, en nuestro país, ha tenido un desarrollo muy pobre, a pesar del reconocimiento internacional de que este aspecto juega un importante papel en la prestación de los servicios de salud. La misma OMS lo pondera como una de las tareas prioritarias a realizar.

Este campo de investigación ha tenido un fuerte impulso desde su surgimiento, sobre todo en los países industrializados, de manera importante destacan las investigaciones desarrolladas en Estados Unidos, Europa y los países Bajos. Quizá, debido a que en muchos de estos países las instituciones privadas que brindan servicios de salud a la población tienen un gran peso dentro de esas sociedades.

Lo anterior no quiere decir que este aspecto fuera una condición "sine quanon" para que se desarrollara el campo de investigación de la calidad de la atención médica, sin embargo, llama la atención que es precisamente en estos países en donde ha tenido un mayor auge.

Pareciera, incluso, que en países en donde la seguridad social tiene un peso cuantitativa y cualitativamente destacado en la prestación de servicios de salud, en la medida en que cubren a un amplio sector de la población, la investigación de la calidad de la atención médica tiene un papel secundario y, en muchas ocasiones hasta se desconoce este paradigma.

Considero de relevante importancia este campo de conocimiento y de investigación pues, su instrumentación, está comprobado,

contribuye a mejorar de manera sustancial la infraestructura material, científica, técnica, administrativa, organizativa y de recursos humanos, en beneficio de la población que atiende. Todo ello redundará en la obtención de un mayor beneficio de esa población, y de la sociedad en su conjunto, en la medida en que su acción, cada vez más acertada, resulta en una calidad de salud y de vida más óptima para el individuo en su sentido más amplio.

En el presente trabajo he descrito en líneas muy generales la situación prevaleciente en el servicio de salud en el trabajo de la UMF No. 45, objeto de estudio de esta tesis. De ninguna manera ha sido mi intención mostrar las deficiencias de este servicio, antes al contrario, este análisis tiene como propósito poner en evidencia una situación que, quizá por la inercia de los acontecimientos se ve siempre como normal y, por lo tanto, sin defectos o, aunque se reconocen tal vez las deficiencias, en la medida en que no se demanden por los usuarios del servicio, no se reconocen como tales.

Es importante puntualizar algunos aspectos relacionados con los hallazgos del trabajo:

1. La atención que se brinda a los asegurados y derechohabientes en el servicio de salud en el trabajo del IMSS no es de carácter médico esencialmente, es decir, no se brinda atención médica.
2. La atención que se brinda tiene más bien un carácter administrativo y legal:

a) Los asegurados acuden a este servicio ante la necesidad de cubrir un requisito legal que les haga acreedores a los derechos, que por ley tienen, ante la ocurrencia de un riesgo (entendido conforme a la LFT y LSS) de trabajo, es decir, hacer válido el derecho al Seguro de Riesgos de Trabajo en el que se encuentran inscritos.

b) Los asegurados y derechohabientes acuden ante la necesidad de reconocimiento del derecho que tienen por estar inscritos en el seguro de Invalidez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte.

c) Los candidatos a ingresar a trabajar al IMSS y sus trabajadores, acuden a este servicio para la realización de exámenes médicos de ingreso o periódico, según sea el caso.

3. El personal médico general o de especialidad que brinda la atención a los asegurados, derechohabientes y trabajadores del IMSS, en este servicio, juega más bien un papel de ajustador, al estilo tradicional de las compañías aseguradoras, es decir, es el profesional que instrumenta la administración de cuando menos dos seguros a los que tiene derecho el asegurado y los derechohabientes del instituto.

4. El personal médico del servicio de salud en el trabajo no tiene ingerencia alguna en el manejo técnico-médico del asegurado, tal vez alguna recomendación pueda sugerir en su manejo pero, su acción no es decisiva.

5. Indiscutiblemente este personal, con funciones de ajustador, debe poseer un conocimiento científico-técnico médico,

administrativo y legal, que le permita desempeñar su labor profesional, de ahí la necesidad de su preparación como especialistas médicos.

6. Ante la necesidad de un análisis más profundo, en ciertos casos, acude a los especialistas médicos de los campos específicos, para que colaboren con su opinión a la resolución de los casos de duda.

7. No existe una norma de actuación, por lo menos escrita, de los médicos especialistas en medicina del trabajo, que pudiera servir como criterio para establecer si la atención, que acabamos de describir, desempeñada por estos profesionales, posee la cualidad que pretendimos estudiar en este trabajo y, en qué medida la poseía.

8. No se han realizado, o por lo menos no se han reportado, investigaciones sobre la calidad de la atención en este servicio, en el IMSS, ni alguna otra institución con similares responsabilidades en el país.

9. No existen, reportados en la bibliografía, investigaciones que hallan analizado servicios de similares características, tanto de nivel nacional como internacional.

10. Los anteriores puntos, destacan la importancia de haber realizado este trabajo y apoyan la necesidad de seguir desarrollando esta línea de investigación.



Para continuar con este esfuerzo es indispensable avanzar en tareas diversas y de diferente nivel, algunas de ellas ya quedaron señaladas en el capítulo de revisión bibliográfica, aquí, sólo mencionaré las más generales:

1. Elaboración de un marco conceptual y metodológico específico para el análisis de la calidad de la atención en el servicio de salud en el trabajo.
2. Delimitación de los objetos de estudio específico y elaboración de las definiciones de calidad de la atención correspondientes, de manera clara y precisa.
3. Elaboración de una norma de atención a los asegurados y derechohabientes, en el servicio de salud en el trabajo del IMSS, con consulta a especialistas y académicos, así como respaldada bibliográficamente.
4. Análisis y elaboración de escalas e instrumentos de evaluación de la calidad de la atención en el servicio de salud en el trabajo, susceptibles de ser aplicados de manera amplia y de bajo costo.
5. Selección de objetos de estudio susceptibles de ser abordados y resueltos en el corto o mediano plazo, con alcances modestos pero trascendentales en la gran tarea de estudiar la calidad de la atención en el servicio de salud en el trabajo.
6. Aplicación de estudios exploratorios sobre la actitud de los asegurados y derechohabientes que acuden al servicio de salud en

el trabajo para determinar su repercusión en el desempeño del servicio.

7. Desarrollo de estudios comparativos sobre calidad de la atención, una posible línea sería comparar la calidad de la atención en el servicio de salud en el trabajo con el servicio de medicina general.

Por último, me gustaría terminar esta tesis destacando que el Instituto Mexicano del Seguro Social, es un organismo creado por la sociedad mexicana en la etapa posrevolucionaria, que ha jugado un importante papel en el desarrollo del país. Muestra de ello es el hecho de que una gran proporción de trabajadores y sus familias están protegidos por sus servicios. Aunque los beneficios que ha representado para la población distan mucho de ser aquellos que logren un desarrollo pleno del hombre, no obstante, sí han contribuido a lograr cierto grado de bienestar social e individual. Hoy, esos beneficios están a punto de sufrir un irreparable daño con la reforma a la Ley del Seguro Social, ya aprobada, y que entra en vigor este próximo 10. de julio de 1997. Para el momento en que esta tesis se presente, quizá ya entró en vigor la ley reformada.

Tal vez, los servicios del seguro de riesgos de trabajo serán los menos trastocados con la reforma, sin embargo, es muy importante crear una cultura de la calidad de la atención en este servicio para lograr que de verdad su acción repercuta favorablemente sobre la salud de los asegurados y derechohabientes y se pueda aspirar a alcanzar un estado de

salud más óptimo de los trabajadores, para un desarrollo de los individuos en su concepto más pleno.

Para finalizar, hago patente mi agradecimiento al personal del instituto, particularmente a las de la Delegación 4 sureste y las del Servicio de Salud en el Trabajo de la UMF No. 45, las facilidades brindadas para la realización de este estudio.

## IX. BIBLIOGRAFIA

1. Aday, L. y Andersen, R., "Marco Teórico para el Estudio del Acceso a la Atención Médica". Health Services Research 9(3): 208-220, 1974.
2. Aguilar, F., et al., "Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991", en Salud Pública en México, vol. 35, No. 6, noviembre-diciembre de 1993, pp. 550-555.
3. Alvarez, I., et al, Unidad Habitacional Infonavit Iztacalco. Estudio de comunidad, I.M.S.S.-U.M.F. 45, México, 1991, mimeo, pp. 110.
4. Anderson, N., et al, "Vigilancia epidemiológica y planificación descentralizada: el uso de sitios centinela en Guerrero", en Salud Pública de México, Vol. 31, No. 4, julio-agosto 1989, pp. 493-502.
5. Blendon, R.J., et al, "Access to medical care for black and white americans", en Journal of American Medical Association, Vol. 261, No. 2, enero 1989, pp. 278-281.
6. Brook, R. y Appel, F., "Quality of Care assessment: Choosing a method for peer review". The New England Journal of Medicine 288: 1323-1329, 1973.
7. Castañón, R., "La investigación de servicios de salud en México", en Salud Pública de México, Vol. 22, No. 5, septiembre-octubre 1980, pp. 462-464.

8. Clute, F., *The General Practitioner: A Study of Medical Education and Practice in Ontario and Nova Scotia*. Toronto, University of Toronto Press, 1963, capítulos 1, 2, 16, 17 y 18.
9. Coordinación de asesores, Censo 1990 Iztacalco resultados definitivos, s/f, México, 1991, mimeo, pp. 34.
10. Cordera, A., et al, "Diagnóstico situacional en sistemas de atención médica", en Salud Pública de México, Vol. 28, No. 3 mayo-junio 1986, pp. 243-249.
11. Curtis, S.E., "Use of survey data and small area statistics to assess the link between individual morbidity and neighbourhood deprivation", en Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 44, No. 1, marzo 1990, pp. 62-68.
12. Daily, E.F. y Morehead, M.A., "A method of evaluating and improving the quality of medical care". American Journal of Public Health 46: 848-854, julio de 1956.
13. Dávalos, J., "La crisis de los sistemas contemporáneos de seguridad social", en Instituto de Investigaciones Jurídicas, Tomo II, No. 42, 1988, pp. 919-956.
14. D.D.F., Iztacalco 1991, Corporación Mexicana de Impresión, México, 1991, pp. 195.
15. De Geyndt, W., "Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y

diferencias", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 94, No. 5, 1983, pp. 441-460.

16. Densen, P. et al., "La Utilización de los Servicios de un Plan de Atención Médica y la Persistencia del Grado de Utilización Durante un Periodo de tres años". The Milkbank Memorial Fund Quarterly 37: 217-250, 1959.

17. Donabedian, A., "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica". The Milkbank Memorial Fund Quarterly 44: 166-203, 1966.

18. Donabedian, A.; Wheeler, J. y Wyszewianski, L., "Calidad, Costo y Salud: Un Modelo Integrador". Medical Care 20(10): 975-992, 1982. J.B. Lippincott Co.

19. Donabedian, A., La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

20. Donabedian, A., "Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984", en Salud Pública de México, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 1988, pp. 202-215.

21. Ehrlich, et al., The Quality and Cost of Medical and Hospital Care Secured by a Sample of Teamster Families in the New York Area, Facultad de Salud Pública y Medicina Administrativa, 1962.

22. Eislee, C.W., et al., "Can the practice of internal medicine be evaluated?". Annals of Internal Medicine 44: 144-161, enero de 1956.

23. Fitzpatrick, T.B., et al., Character and effectiveness of hospital use. En McNerney, W.J. y col., Hospital and Medical Economics. Chicago, Hospital Research and Education Trust, American Hospital Association, 1962, págs. 495-509.
24. Frenk, J. y Donabedian, A., "State intervention in medical care: types, funds and variables". Health Policy and Planning 2(1): 17-31, 1987.
25. Furstenberg, F.F., et al., "Prescribing as an index to quality of medical care: A study of the Baltimore City medical care program". American Journal of Public Health 43: 1299-1309, octubre de 1953.
26. Garrocho, "Localización geográfica de los servicios de salud en un subsistema de asentamientos rurales del Estado de México: un intento de evaluación", en Estudios Demográficos Urbanos, Vol. 5, No. 1, 1990, pp. 127-148.
27. Georgopoulos, B.S. y Tannenbaum, A.S., "A study of organizational effectiveness". American Sociological Review 22: 534-540, octubre de 1957.
28. Georgopoulos, B.S. y Mann, F.C., The Community General Hospital. New York, The Macmillan Company, 1962.
29. Gil, M.A., "La oferta y la demanda en la atención médica", en Salud Pública de México, Vol. 13, No. 4, julio-agosto 1971, pp. 533-537.

30. González, F., "La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de seguridad social", en Revista Médica del IMSS, s/f, pp. 11-14.
31. Grunberg, J., et al., "El diagnóstico sociológico. Un factor en el complejo multifactorial de la accesibilidad a los servicios de prestación de salud", en Boletín Médico Hospital Infantil de México, Vol. 38, No. 5, septiembre-octubre 1981, pp. 717-721.
32. Hernández, V.M., "Perspectiva del uso de la epidemiología en la investigación de servicios de salud", en Revista de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, No. 2-3, 1986, pp. 27-33.
33. Hulka, B. y Zyzanski, S., "Validación de una Escala de Satisfacción de los Pacientes: Teoría, Metodos y Práctica". Medical Care 20(6): 649-653, junio de 1982. J.B. Lippincott Co.
34. Humphreys, J.S., et al., "Health care preferences in a country town", en Medical Journal of Australia, Vol. 154, No. 11, Junio 1991, pp. 733-737.
35. IMSS, Anuario estadístico, Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, Subdirección General Médica, Jefatura de informática y estadísticas, México, 1994. (c)
36. IMSS, Manual de organización, Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, mimeo, México, 1991, pp. 39.



37. IMSS, Ley del Seguro Social. Capítulo I, del régimen obligatorio del Seguro Social. Teocalli, sin edición, México 1993.
38. IMSS, Información estadística de salud en el trabajo 1993, Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo, México, 1994, mimeo, 27 pp. En particular, consúltense en este documento los cuadros VI.4, VI.5, VI.6 Y VI.7. (a)
39. IMSS, Diagnóstico de salud. Salud en el trabajo zona Iztacalco, Delegación No. 4 Sureste del D. F., México, 1994, mimeo, 39 pp. (b)
40. IMSS, Encuesta de opinión sobre la satisfacción de los usuarios en unidades con medicina familiar, Subdirección general médica, Jefatura de atención primaria de la salud, s/f, pp 4.
41. I.N.E.G.I.-D.D.F., Iztacalco cuaderno de información básica delegacional, I.N.E.G.I., México, 1991, pp. 49.
42. Infante-Castañeda., "Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud", en Salud Pública de México, Vol. 30, No. 2, marzo-abril 1988, pp. 175-196.
43. Kelman, H.R. y Willner, A., "Problems in measurement and evaluation of rehabilitation". Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 43: 172-181, abril de 1962.

44. Kilpatrick, G.S., "Observer error in medicine". The Journal of Medical Education 38: 38-43, enero de 1963.
45. Klein, M.W., et al., "Problems of measuring patient care in the outpatient department". Journal of Health and Human Behavior 2: 138-144, verano de 1961.
46. Kohl, S.G., Perinatal mortality in New York City: Responsible Factors. Cambridge, Harvard University Press, 1955.
47. Kroeger, H.H., et al., "The office practice of internists, I. The feasibility of evaluation quality of care". The Journal of the American Medical Association 193: 371-376, 2 de agosto de 1965.
48. Kroeger, A., "Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 100, No. 3, marzo 1986, pp. 253-281.
49. Kunz, I., et al, "Regionalización socioeconómica, demográfica y de salud de la República Mexicana: un instrumento para la planeación e investigación en atención primaria a la salud", en Salud Pública de México, Vol. 28, No. 6, noviembre-diciembre 1986, pp. 681-698.
50. Lee, R.I., and Jones, L.W., The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933. 302 pp. En Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

51. Lembcke, P.A., "Medical auditing by scientific methods". Journal of the American Medical Association. 162: 646-655, 13 de octubre de 1956.
52. Lembcke, P.A. y Johnson, O.G., Medical Audit Report. Los Angeles, Universidad de California, Facultad de Salud Pública, 1963, mimeo.
53. Lipworth, L. et al., "Case fatality in teaching and nonteaching hospitals, 1956-1959". Medical Care 1: 71-76, abril-junio de 1963.
54. STPS, Ley Federal del Trabajo. 9a. edición actualizada, Porrúa Hermanos, México, 1971.
55. Maestría en Salud en el Trabajo, "Trabajo, Familia y Salud en la Delegación 4 Sureste del IMSS, 1990", México, 1993, 136 pp. UAM-X, mimeo.
56. Makover, H.B., "The quality of medical care: Methodological survey of the medical groups associated with the health insurance plan of New York". American Journal of Public Health 41: 824-832, julio de 1951.
57. Maloney, M.C., et al., "Physicians choose medical care: A sociometric approach to quality appraisal". American Journal of Public Health 50: 1678-1686, noviembre de 1960.

58. Medina, E., "El uso de encuestas en la medición del nivel de salud", Universidad de Chile, Facultad de Medicina Norte, Departamento de Salud Pública, 1980, pp. 5-10.

59. Medina, E., et al, "Encuestas de morbilidad y atención médica como método de análisis de situación de salud", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 102, No. 6, 1987, pp. 594-604.

60. Miranda, R., "Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México", en Salud Pública de México, noviembre-diciembre de 1993, pp. 576-584.

61. Morales, J., et al., "Estudio longitudinal de la demanda de servicios a nivel poblacional. I. Variaciones en la cobertura por parte del Sector Salud", en Revista Médica del DDF, Vol. 5, No. 4, octubre-diciembre 1988, pp. 201-203.

62. Morales, J., et al., "Estudio longitudinal de las necesidades de atención poblacional. II. Influencia de las condiciones epidemiológicas en las tasas de necesidad", en Revista Médica del DDF, Vol. 5, No. 1, enero-marzo 1988, pp. 27-31.

63. Morehead, et al., A Study of the Quality of Hospital Care Secured by a Sample of Teamster Family Members in New York City, Universidad de Columbia, Facultad de Salud Pública y Medicina Administrativa, 1964.

64. Ortiz, F., et al., "Análisis comparativo de algunos indicadores económicos y de salud de 20 países con diferentes grados de desarrollo socioeconómico", en Revista Médica del IMSS, Vol. 19, enero-febrero 1981, pp. 85-87.
65. Peterson, O.L., et al., "An analytical study of North Carolina general practice: 1953-1954". The Journal of Medical Education 31: 1-165, 2a. parte, diciembre de 1956.
66. Peterson, O.L. y Barsamian, E.M., An Application of Logic to a Study of Quality of Surgical Care. Documento presentado en el Quinto Simposio Médico de la IBM, Endicott, Nueva York, 7-11 de octubre de 1963.
67. Purola, T., et al., "National health insurance in Finland: its impact and evaluation". International Journal of Health Service 3(1): 69-80, 1973.
68. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, Miguel de la Madrid Hurtado, Presidencia de la República, México.
69. Rea, R., "Categorización de las delegaciones políticas del Distrito Federal para planear acciones de salud", en Gaceta Médica del Distrito Federal, Vol. 3, No. 1, 1986, pp. 43-47.
70. Reuler, J.B., "Health care for the homeless in a national health program", en American Journal Public Health, Vol. 79, No. 8, agosto 1989, pp. 1033-1035.

71. Rice, C.E. et al., "Measuring social restoration performance of public psychiatric hospitals". Public Health Reports 76: 437-446, mayo de 1961.
72. Rosenfeld, L.S., "Quality of medical care in hospitals". American Journal of Public Health 47: 356-365, julio de 1957.
73. Ruiz de Chávez, M., "Los sistemas de evaluación en el sector salud. Límites para su desarrollo", en Salud Pública de México, Vol. 23, No. 2, marzo-abril 1981, pp. 199-206.
74. Rutstein, D., et al., "Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method". The New England Journal of Medicine 294: 582-588, 1976.
75. Shapiro, S. et al., "Further observations on prematurity and perinatal mortality in a general population of a prepaid group practice medical care plan". American Journal of Public Health 50: 1304-1317, septiembre de 1960.
76. Schlaepfer-Pedrazzini, et al., "La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas", en Salud Pública de México, Vol. 32, No. 2, marzo-abril 1988, pp. 141-155.
77. Schwartz, D.A., et al., "The occupational history in the primary care setting", en American Journal Medicine, Vol. 90, No. 3, marzo 1991, pp. 315-319.

78. Smith, G.D., et al., "The black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on", en British Medical Journal, Vol. 301, No. 6748, agosto 1990, pp. 373-377.
79. Solon, J., et al., "Bosquejo de los Patrones de Atención Médica". American Journal of Public Health 50(8): 1105-1113, 1960. American Public Health Association.
80. Sommers, P.A., "Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes", en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 94, No. 5, mayo 1983, pp. 54-73.
81. Soni, M.J., "Actitudes de los usuarios hacia los servicios de salud de primer contacto. Estudio de un centro de salud", en Revista Facultad de Medicina, Vol. 23, No. 7, julio 1980, pp. 18-23.
82. Souillá, B., et al., "Calidad y Eficiencia de la Atención Médica. Estudio Comparativo de Recursos y Resultados en Atención Pediátrica entre Hospitales de Distinta Complejidad". Atención Médica (versión condensada) 3(1-4), junio de 1974 - marzo de 1975.
83. S.S., Diagnóstico situacional de la jurisdicción sanitaria Iztacalco, Secretaría de Salud, México, 1991, mimeo, pp. 89.
84. Starfield, B., "Health services research: A working model". The New England Journal of Medicine 289(3): 132-136, 1973.

85. Suchman, E., "Etapas de la Enfermedad y de la Atención Médica". Journal of Health and Human Behavior 6: 114-128, 1965. American Sociological Association.
86. STPS, Ley Federal del Trabajo. 9a. edición actualizada. Porrúa Hnos., México, 1971.
87. Valdez-Olmedo, C., "Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México", en Salud Pública de México, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre, 1988, pp. 815-826.
88. VanOss, B., et al., "Factores asociados con la utilización de servicios de salud en una población hispana de Estados Unidos", en Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 6, 1980, pp. 212-225.
89. Villegas, J., et al., "Accidentes de trabajo en una zona industrial del Valle de México". IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 25 al 27 de enero de 1993, México. Cuaderno de Trabajo.
90. Williamson, J., "Evaluación del Juicio Clínico del Médico". Journal of Medical Education 40: 180-187, 1965.
91. Yunes, J., et al., "Health services in the metropolitan region of Sao Paulo", en Bulletin Panamerican Health Organization, Vol. 23, No. 3, 1989, pp. 350-356.



92. Zschock, D.K., "Helth sector disparities in Perú", en Bulletin Panamerican Health Organization, Vol. 23, No. 3, 1989, pp. 323-336.

ANEXO 1

INDICE DEL ANEXO ESTADISTICO-EPIDEMIOLOGICO

CUADRO 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 3

DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD, DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA POR OCUPACION. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA POR SECTOR ECONOMICO. ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 6

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL ESPACIO FISICO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 7

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL MOBILIARIO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 8

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL ORDEN Y LIMPIEZA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 9

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA COMODIDAD DEL SERVICIO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 10

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA ATENCION RECIBIDA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 11

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA INFORMACION QUE SE LE BRINDA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA ASISTENCIA DE 1a VEZ. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 13

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE ASISTENCIA PROMEDIO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 14

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE SI ES ATENDIDO CUANDO LO SOLICITA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 15

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL TIEMPO DE ESPERA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 16

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE ASISTENCIA REGULAR. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 17

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DEL POR QUE NO SIEMPRE ACUDE. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 18

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA EXISTENCIA DEL SERVICIO MEDICO DE EMPRESA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 19

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE PREFERENCIA DE ATENCION. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 20

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ACERCA DE PERMISO POR PARTE DE LA EMPRESA PARA ATENDERSE. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 21

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA POR TIPO DE EVENTO PATOLOGICO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 22

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA ACERCA DE LA SATISFACCION POR EL SERVICIO RECIBIDO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 23

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN GRUPO DE EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 24

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN SEXO DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 25

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 26

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN OCUPACION DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 27

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN SECTOR ECONOMICO DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 28

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN ASISTENCIA DE 1a VEZ DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 29

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN ASISTENCIA PROMEDIO DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 30

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN SERVICIO MEDICO DE EMPRESA DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 31

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN PREFERENCIA DE ATENCION DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 32

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO SEGUN PERMISO PARA ATENDERSE DE LA POBLACION ENCUESTADA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 33

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN ESPACIO FISICO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 34

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN MOBILIARIO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 35

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN ORDEN Y LIMPIEZA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 36

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN COMODIDAD. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 37

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN ATENCION. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 38

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN INFORMACION QUE SE LE BRINDA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 39

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN ASISTENCIA DE PRIMERA VEZ. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 40

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN ASISTENCIA PROMEDIO. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 41

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN SI ES ATENDIDO CUANDO LO SOLICITA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 42

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN TIEMPO DE ESPERA. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 43

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE SEGUN PERSONAS QUE SIEMPRE ACUDEN. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 44

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL  
PACIENTE SEGUN PORQUE NO SIEMPRE ACUDE. UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 45

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL  
PACIENTE SEGUN SERVICIO MEDICO DE EMPRESA. UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 46

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL  
PACIENTE SEGUN PREFERENCIA DE ATENCION. UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 47

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL  
PACIENTE SEGUN PERMISO PARA ATENDERSE. UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995

CUADRO 48

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION DEL  
PACIENTE SEGUN EVENTO PATOLOGICO DEL TRABAJO. UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 45. IMSS, 1995



CUADROS

CUADRO 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

GRUPOS DE EDAD	NO. DE PERSONAS	%
HASTA 19 AÑOS	17	6.0
20 A 29 AÑOS	108	37.9
30 A 39 AÑOS	62	21.7
40 A 49 AÑOS	55	19.3
50 O MAS AÑOS	43	15.1
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SEXO	NO. DE PERSONAS	%
MASCULINO	188	66.0
FEMENINO	97	34.0
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 3

DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD, DE LA POBLACION  
ENCUESTADA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

GRADO DE ESCOLARIDAD	NO. DE PERSONAS	%
PRIMARIA INCOMPLETA	26	9.1
PRIMARIA	88	30.9
SECUNDARIA	108	37.9
PREPARATORIA	18	6.3
TECNICA	34	11.9
PROFESIONAL	6	2.1
NINGUNA	5	1.8
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
POR OCUPACION

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

OCUPACION	NO. DE PERSONAS	%
OBRERO	71	24.9
OBRERO CALIFICADO	58	20.4
EMPLEADO	132	46.3
TECNICO	19	6.7
PROFESIONISTA	4	1.4
SIN DATOS	1	0.3
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
POR SECTOR ECONOMICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SECTOR ECONOMICO	NO. DE PERSONAS	%
TRANSFORMACION	142	49.8
SERVICIOS	135	47.4
CONSTRUCCION	6	2.1
SIN DATOS	2	0.7
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 6

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DEL ESPACIO FISICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ESPACIO FISICO	NO. DE PERSONAS	%
ADECUADO	181	63.5
INADECUADO	103	36.1
SIN DATOS	1	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 7

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DEL MOBILIARIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

MOBILIARIO	NO. DE PERSONAS	%
SUFICIENTE	187	65.6
INSUFICIENTE	97	34.0
SIN DATOS	1	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 8

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DEL ORDEN Y LIMPIEZA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ORDEN Y LIMPIEZA	NO. DE PERSONAS	%
BUENO	204	71.6
REGULAR	72	25.3
MALO	9	3.1
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 9

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE LA COMODIDAD DEL SERVICIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

COMODIDAD	NO. DE PERSONAS	%
BUENA	171	60.0
REGULAR	101	35.4
MALA	13	4.6
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 10

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE LA ATENCION RECIBIDA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ATENCION	NO. DE PERSONAS	%
BUENA	213	74.7
REGULAR	60	21.1
MALA	11	3.9
SIN DATOS	1	0.3
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 11

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE LA INFORMACION QUE SE LE BRINDA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

INFORMACION	NO. DE PERSONAS	%
COMPLETA	232	81.4
INCOMPLETA	50	17.5
NULA	2	0.7
SIN DATOS	1	0.4
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE LA ASISTENCIA DE 1a VEZ  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PRIMERA VEZ	NO. DE PERSONAS	%
SI	184	64.6
NO	100	35.1
SIN DATOS	1	0.3
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 13

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE ASISTENCIA PROMEDIO (\*)  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ASISTENCIA PROMEDIO	NO. DE PERSONAS	%
UNA VEZ	1	1.0
DOS VECES	46	45.5
TRES VECES	25	24.8
CUATRO VECES	8	7.9
MAS DE CUATRO VECES	20	19.8
SIN DATOS	1	1.0
TOTAL	101	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.  
(\*) De 1994 a la fecha de la encuesta.

CUADRO 14

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE SI ES ATENDIDA CUANDO LO SOLICITA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ES ATENDIDO	NO. DE PERSONAS	%
SIEMPRE	83	82.2
ALGUNAS VECES	16	15.8
NUNCA	1	1.0
SIN DATOS	1	1.0
TOTAL	101	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 15

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DEL TIEMPO DE ESPERA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

TIEMPO DE ESPERA	NO. DE PERSONAS	%
< DE 16 MINUTOS	10	9.9
16 A 30 MINUTOS	30	29.7
31 A 45 MINUTOS	8	7.9
46 A 60 MINUTOS	15	14.9
> DE 60 MINUTOS	37	36.6
SIN DATOS	1	1.0
TOTAL	101	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAMX, MST, México, 1995.

CUADRO 16

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE ASISTENCIA REGULAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SIEMPRE ACUDE	NO. DE PERSONAS	%
SI	91	90.0
NO	9	9.0
SIN DATOS	1	1.0
TOTAL	101	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.



CUADRO 17

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DEL POR QUE NO SIEMPRE ACUDE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PORQUE (CAUSA)	NO. DE PERSONAS	%
TRAMITES TARDADOS	4	40.0
ESPERA DEMASIADO	1	10.0
OTRA CAUSA	3	30.0
SIN DATOS	2	20.0
TOTAL	10	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 18

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE LA EXISTENCIA DEL SERVICIO MEDICO DE EMPRESA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

EXISTE SERVICIO MEDICO	NO. DE PERSONAS	%
SI	130	45.6
NO	153	53.7
SIN DATOS	2	0.7
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 19

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ACERCA DE PREFERENCIA DE ATENCION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ACUDE A:	NO. DE PERSONAS	%
IMSS	101	76.5
EMPRESA	9	6.8
OTRO	14	10.6
SIN DATOS	8	6.1
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el  
Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 20

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ACERCA  
DE PERMISO POR PARTE DE LA EMPRESA PARA ATENDERSE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PERMISO PARA ATENDERSE	NO. DE PERSONAS	%
SI	255	89.5
NO	28	9.8
SIN DATOS	2	0.7
<b>TOTAL</b>	<b>285</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el  
Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 21

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 POR TIPO DE EVENTO PATOLOGICO  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

EVENTO PATOLOGICO	NO. DE PERSONAS	%
ACCIDENTE DE TRABAJO	164	57.5
ACCIDENTE EN TRAYECTO	65	22.8
ENFERMEDAD DE TRABAJO	13	4.6
RECAIDA	4	1.4
OTRO	38	13.3
SIN DATOS	1	0.4
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 22

OPINION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 ACERCA DE LA SATISFACCION POR EL SERVICIO RECIBIDO  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

EL PACIENTE QUEDA	NO. DE PERSONAS	%
SATISFECHO	226	79.3
INDIFERENTE	15	5.3
INSATISFECHO	37	13.0
SIN DATOS	7	2.4
TOTAL	285	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo, UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 23

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN GRUPO DE EDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

EDAD	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
HASTA 19 AÑOS	15	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.3
20 A 29 AÑOS	69	42.1	27	41.5	1	7.7	1	25.0	10	26.3
30 A 39 AÑOS	38	23.2	15	23.1	3	23.1	0	0.0	6	15.8
40 A 49 AÑOS	29	17.7	15	23.1	1	7.7	3	75.0	7	18.4
50 O MAS AÑOS	13	7.9	8	12.3	8	61.5	0	0.0	13	34.2
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	38	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.

A. en T.= Accidente en trayecto.

E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 24

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN SEXO DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SEXO	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
MASCULINO	117	71.3	34	52.3	11	84.6	2	50.0	23	60.5
FEMENINO	47	28.7	31	47.7	2	15.4	2	50.0	15	39.5
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	38	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.

A. en T.= Accidente en trayecto.

E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 25

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ESCOLARIDAD	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
PRIMARIA I.	12	7.3	6	9.2	2	15.4	1	25.0	5	13.1
PRIMARIA	56	34.1	18	27.7	6	46.1	1	25.0	6	15.8
SECUNDARIA	67	40.9	23	35.4	4	30.8	1	25.0	13	34.2
PREPARATORIA	10	6.1	4	6.2	0	0.0	1	25.0	3	7.9
TECNICA	16	9.8	10	15.4	0	0.0	0	0.0	8	21.1
PROFESIONAL	1	0.6	3	4.6	0	0.0	0	0.0	2	5.3
NINGUNA	2	1.2	1	1.5	1	7.7	0	0.0	1	2.6
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	38	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.

A. en T.= Accidente en trayecto.

E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 26

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN OCUPACION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

OCUPACION	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
OBRERO	43	26.2	14	21.5	4	30.8	2	50.0	7	21.6
OBRERO CAL.	36	22.0	9	13.8	6	46.1	0	0.0	7	18.9
EMPLEADO	79	48.2	33	50.8	2	15.4	2	50.0	15	40.6
TECNICO	6	3.6	7	10.8	1	7.7	0	0.0	5	13.5
PROFESIONISTA	0	0.0	2	3.1	0	0.0	0	0.0	2	5.4
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.

A. en T.= Accidente en trayecto.

E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 27

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN SECTOR ECONOMICO DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SECTOR ECO.	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
TRANSFORM.	84	51.5	24	37.0	12	92.3	1	25.0	21	56.8
CONSTRUCCION	5	3.1	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
SERVICIOS	74	45.4	40	61.5	1	7.7	3	75.0	16	43.2
TOTAL	163	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
 UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.  
 A. en T.= Accidente en trayecto.  
 E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 28

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN ASISTENCIA DE 1a VEZ DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

1a VEZ	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
SI	104	63.4	46	70.8	5	38.5	3	75.0	26	68.4
NO	60	36.6	19	29.2	8	61.5	1	25.0	12	31.6
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	38	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
 UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.  
 A. en T.= Accidente en trayecto.  
 E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 29

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
SEGUN ASISTENCIA PROMEDIO DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ASISTENCIA	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
UNA VEZ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	8.3
2 VECES	33	55.0	10	52.6	1	12.5	0	0.0	2	16.7
3 VECES	15	25.0	6	31.6	1	12.5	1	100.0	2	16.7
4 VECES	5	8.3	0	0.0	2	25.0	0	0.0	1	8.3
MAS DE 4	7	11.7	3	15.8	4	50.0	0	0.0	6	50.0
TOTAL	60	100.0	19	100.0	8	100.0	1	100.0	12	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.

A. en T.= Accidente en trayecto.

E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 30

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
SEGUN SERVICIO MEDICO DE EMPRESA DE LA POBLACION ENCUESTADA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SERV. MED.	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
SI	68	41.5	28	43.1	9	69.2	0	0.0	25	67.6
NO	96	58.5	37	56.9	4	30.8	4	100.0	12	32.4
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

(\*) A.T.= Accidente de trabajo.

A. en T.= Accidente en trayecto.

E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 31

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN PREFERENCIA DE ATENCION DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PREFERENCIA	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
EMPRESA	5	7.6	3	11.1	0	0.0	0	0.0	1	4.6
IMSS	58	87.9	20	74.1	7	77.8	0	0.0	16	72.7
OTRO	3	4.5	4	14.8	2	22.2	0	0.0	5	22.7
TOTAL	66	100.0	27	100.0	9	100.0	0	0.0	22	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

- (\*) A.T.= Accidente de trabajo.
- A. en T.= Accidente en trayecto.
- E.T.= Enfermedad de trabajo.

CUADRO 32

DISTRIBUCION DE LOS EVENTOS PATOLOGICOS DEL TRABAJO(\*)  
 SEGUN PERMISO PARA ATENDERSE DE LA POBLACION ENCUESTADA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PERMISO	A. T.	%	A. en T.	%	E. T.	%	RECAIDA	%	OTRO	%
SI	150	91.5	56	86.1	12	92.3	2	50.0	35	94.6
NO	14	8.5	9	13.9	1	7.7	2	50.0	2	5.4
TOTAL	164	100.0	65	100.0	13	100.0	4	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.

UAM-X, MST, México, 1995.

- (\*) A.T.= Accidente de trabajo.
- A. en T.= Accidente en trayecto.
- E.T.= Enfermedad de trabajo.



CUADRO 33

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ESPACIO FISICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ESPACIO FISICO	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
ADECUADO	162	72.0	5	33.3	10	27.0
INADECUADO	63	28.0	10	66.7	27	73.0
TOTAL	225	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 34

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN MOBILIARIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

MOBILIARIO	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
SUFICIENTE	160	71.1	8	53.3	14	37.8
INSUFICIENTE	65	28.9	7	46.7	23	62.2
TOTAL	225	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 35

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ORDEN Y LIMPIEZA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ORDEN Y LIMPIEZA	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
BUENO	176	77.9	8	53.3	15	40.5
REGULAR	47	20.8	5	33.4	19	51.4
MALO	3	1.3	2	13.3	3	8.1
TOTAL	226	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 36

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN COMODIDAD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

COMODIDAD	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
BUENA	151	66.8	3	20.0	12	32.4
REGULAR	71	31.4	10	66.7	18	48.7
MALA	4	1.8	2	13.3	7	18.9
TOTAL	226	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 37

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ATENCION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ATENCION	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
BUENA	181	80.1	10	66.6	17	46.0
REGULAR	44	19.5	4	26.7	12	32.4
MALA	1	0.4	1	6.7	8	21.6
TOTAL	225	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 38

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN INFORMACION QUE SE LE BRINDA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

INFORMACION	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
COMPLETA	203	89.8	9	60.0	16	43.2
INCOMPLETA	22	9.7	6	40.0	20	54.1
NULA	1	0.5	0	0.0	1	2.7
TOTAL	226	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 39

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ASISTENCIA DE PRIMERA VEZ  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PRIMERA VEZ	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
SI	149	65.9	10	66.7	20	54.1
NO	77	34.1	5	33.3	17	45.9
TOTAL	226	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 40

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN ASISTENCIA PROMEDIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ATENCION	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
1 VEZ	1	1.3	0	0.0	0	0.0
2 VECES	38	49.3	3	60.0	5	29.4
3 VECES	19	24.7	1	20.0	5	29.4
4 VECES	4	5.2	1	20.0	2	11.8
MAS DE 4	15	19.5	0	0.0	5	29.4
TOTAL	77	100.0	5	100.0	17	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 41

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN SI ES ATENDIDO CUANDO LO SOLICITA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

ES ATENDIDO	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
SIEMPRE	72	93.5	0	0.0	10	58.8
ALGUNAS VECES	5	6.5	4	80.0	7	41.2
NUNCA	0	0.0	1	20.0	0	0.0
TOTAL	77	100.0	5	100.0	17	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 42

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN TIEMPO DE ESPERA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

TIEMPO DE ESPERA	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
< DE 16 MINUTOS	10	13.0	0	0.0	0	0.0
16 A 30 MINUTOS	28	36.3	1	20.0	1	5.9
31 A 45 MINUTOS	7	9.1	0	0.0	1	5.9
46 A 60 MINUTOS	11	14.3	1	20.0	2	11.8
> DE 60 MINUTOS	21	27.3	3	60.0	13	76.4
TOTAL	77	100.0	5	100.0	17	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 43

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PERSONAS QUE SIEMPRE ACUDEN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SIEMPRE ACUDE	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
SI	73	94.8	5	100.0	13	76.5
NO	4	5.2	0	0.0	4	23.5
TOTAL	77	100.0	5	100.0	17	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 44

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PORQUE NO SIEMPRE ACUDE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

CAUSA	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
ESPERA DEMASIADO	1	25.0	0	0.0	0	0.0
TRAMITES TARDADOS	1	25.0	0	0.0	2	66.7
OTRA CAUSA	2	50.0	0	0.0	1	33.3
TOTAL	4	100.0	0	0.0	3	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 45

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN SERVICIO MEDICO DE EMPRESA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

SERV. MEDICO	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
SI	98	43.4	8	53.3	21	56.8
NO	128	56.6	7	46.7	16	43.2
TOTAL	226	100.0	15	100.0	37	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 46

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PREFERENCIA DE ATENCION  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PREFERENCIA	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
EMPRESA	4	4.3	1	12.5	4	20.0
IMSS	80	85.1	5	62.5	14	70.0
OTRO	10	10.6	2	25.0	2	10.0
TOTAL	94	100.0	8	100.0	20	100.0

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 47

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN PERMISO PARA ATENDERSE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

PERMISO	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
SI	208	92.0	15	100.0	29	78.4
NO	18	8.0	0	0.0	8	21.6
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100.0</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.

CUADRO 48

DISTRIBUCION DE LA OPINION ACERCA DE LA SATISFACCION  
DEL PACIENTE SEGUN EVENTO PATOLOGICO DEL TRABAJO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 45 IMSS 1995

E. PATOLOGICO	SATISFECHO	%	INDIFERENTE	%	INSATISFECHO	%
A. T.	135	59.7	10	66.7	18	48.7
A. en T.	53	23.5	2	13.3	10	27.0
E. T.	10	4.4	1	6.7	1	2.7
RECAIDA	3	1.3	0	0.0	1	2.7
<b>OTROS</b>	<b>25</b>	<b>11.1</b>	<b>2</b>	<b>13.3</b>	<b>7</b>	<b>18.9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>100.0</b>	<b>15</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta de Servicios de Salud en el Trabajo.  
UAM-X, MST, México, 1995.



UAM-X-IMSS  
MAESTRIA EN SALUD EN EL TRABAJO

ENCUESTA SOBRE OFERTA, DEMANDA Y CALIDAD DE LA ATENCION  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

Fecha..... \_\_\_\_\_

Encuestador..... \_\_\_\_\_

1. Folio.....

2. Edad.....

3. Sexo : Masculino      Femenino.....

4. Escolaridad: \_\_\_\_\_ .....

5. Ocupación: \_\_\_\_\_ .....

6. Actividad de la empresa: \_\_\_\_\_

Cruce la respuesta correspondiente según le indique el trabajador encuestado.

7. Considera el espacio físico donde le atienden

Adecuado      Inadecuado      .....

8. El mobiliario de su centro de atención es

Insuficiente      Suficiente      .....

9. El orden y limpieza de las instalaciones es

Bueno      Regular      Malo      .....

10. Su centro de atención le brinda una comodidad

Mala      Buena      Regular      .....

11. El personal que le atiende le ofrece una atención

Regular      Mala      Buena      .....

12. La información que le proporciona el personal que le atiende es

Incompleta      Nula      Completa      .....

13. ¿Es la primera vez que acude al servicio de salud en el trabajo? (Si la respuesta es SI pase a la pregunta 19)

SI NO .....

14. ¿Cuántas veces en promedio ha requerido de este servicio del último año (1994) a la fecha?

1 vez 2 veces 3 veces 4 veces más de 4 .....

15. En las ocasiones que solicita el servicio, es atendido

Algunas veces Siempre Nunca .....

16. ¿Qué tiempo debe esperar en promedio para recibir el servicio que solicita ?

< de 16 minutos 46 a 60 minutos  
16 a 30 minutos > de 60 minutos (indique) .....   
31 a 45 minutos \_\_\_\_\_

17. ¿Siempre acude al Instituto cuando sufre un accidente o enfermedad de trabajo? (Si la respuesta es SI, pase a la pregunta 19)

SI NO .....

18. ¿Por qué no siempre acude cuando tiene problemas al respecto?

Marque con una cruz la causa más frecuente.

- Espera demasiado tiempo antes de ser atendido.....
- Los servicios están alejados de donde vive.....
- Las horas de servicio son inconvenientes.....
- Los médicos le tratan mal.....
- Los trámites administrativos son tardados.....
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

19. ¿La empresa donde labora cuenta con servicio médico?  
(Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 21)

SI                      NO                      .....

20. Cuando sufre un accidente o enfermedad de trabajo prefiere atenderse en

- Servicio médico de la empresa                      IMSS                      .....
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_ .....

21. ¿Le permiten en su empresa ausentarse de su trabajo para acudir al Instituto?

SI                      NO                      .....

22. ¿Cuál fue el motivo por el que acudió a solicitar el servicio?

\_\_\_\_\_ .....

23. Después de la atención que le brindó el servicio de salud en el trabajo, queda Ud.

Satisfecho      Le es indiferente      Insatisfecho .....

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y CODIFICACION DE LA ENCUESTA  
SOBRE OFERTA, DEMANDA Y CALIDAD DE LA ATENCION DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

Esta encuesta deberá ser contestada exclusivamente por el trabajador asegurado que sufrió un accidente o enfermedad laboral y se encuentre, en ese momento, en el servicio de salud en el trabajo.

Es pertinente aclararle al trabajador encuestado que, a partir de la pregunta 7, todas las preguntas que se le harán hacen referencia únicamente al servicio de salud en el trabajo; con excepción de las preguntas 19, 20 y 21.

Fecha en que se llena la encuesta. No se codifica ni se captura.

Encuestador. No se codifica ni se captura.

	Campo
1) Número de folio. Se registrará en orden progresivo a partir de 001, se codificará un número en cada espacio. Opciones 001-nnn.	1-3
2) En la pregunta edad, se anotarán numéricamente los años cumplidos del trabajador encuestado de que se trate. Que pueden ser 16-nn y 00 cuando no haya datos.	4-5

3) Para la pregunta sexo, se podrán anotar cualquiera de las siguientes opciones. 6

0. No hay datos

1. Masculino

2. Femenino

4) En la pregunta de escolaridad se deberá anotar sólo aquel nivel que se haya concluido, con excepción de la primaria incompleta. 7

0. No hay datos

1. Primaria incompleta

2. Primaria

3. Secundaria

4. Preparatoria

5. Técnica

6. Profesional

7. Ninguna

8. Otra(se debe especificar)

5) Para la pregunta de ocupación, se registrará la que esté desempeñando actualmente, teniendo en cuenta la serie de opciones y codificación que se anota. 8

- 0. No hay datos
- 1. Obrero
- 2. Obrero calificado
- 3. Empleado
- 4. Técnico
- 5. Profesionista
- 6. Otra (se debe especificar)

6) En la actividad de la empresa, se anotarán las opciones y codificación siguientes: 9

- 0. No hay datos
- 1. Extractiva
- 2. Transformación
- 3. Construcción
- 4. Servicios
- 5. Otra (se debe especificar)

7) Para la pregunta sobre el espacio físico, se dan las siguientes opciones: 10

- 0. No hay datos
- 1. Adecuado
- 2. Inadecuado



8) Para la pregunta acerca del mobiliario, se dan las 11  
siguientes opciones:

- 0. No hay datos
- 1. Insuficiente
- 2. Suficiente

9) Para la pregunta que indaga acerca del orden y limpieza, 12  
se ofrecen las siguientes opciones:

- 0. No hay datos
- 1. Bueno
- 2. Regular
- 3. Malo

10) En la pregunta referente a comodidad en el centro 13  
de atención, se dan como opciones:

- 0. No hay datos
- 1. Mala
- 2. Buena
- 3. Regular

11) Para esta pregunta sobre la atención que brinda el 14  
personal, se dan estas opciones:

- 0. No hay datos
- 1. Regular
- 2. Mala
- 3. Buena

12) Para la pregunta que hace referencia a la información, 15  
se dan estas opciones:

- 0. No hay datos
- 1. Incompleta
- 2. Nula
- 3. Completa .

13) Para conocer si es la primera vez que acude al 16  
servicio de salud en el trabajo, se registrará alguna de  
estas opciones. Tomando en cuenta que si la respuesta es  
SI, se pasará a la pregunta 19.

- 0. No hay datos
- 1. SI
- 2. NO

14) En esta pregunta, se anotará la opción que defina 17  
el número de veces que ha acudido a este servicio  
durante el periodo anotado. Y son las siguientes:

- 0. No hay datos
- 1. Una vez
- 2. Dos veces
- 3. Tres veces
- 4. Cuatro veces
- 5. Más de cuatro veces
- 9. No se aplica

15) Para la pregunta acerca de si es atendido cuando solicita el servicio, se dan las siguientes opciones y codificación: 18

- 0. No hay datos
- 1. Algunas veces
- 2. Siempre
- 3. Nunca
- 9. No se aplica

16) En cuanto al tiempo de espera para recibir el servicio, se anotarán y codificarán, según los minutos de espera, las siguientes opciones: 19

- 0. No hay datos
- 1. 15 minutos o menos
- 2. 16 a 30 minutos
- 3. 31 a 45 minutos
- 4. 46 a 60 minutos
- 5. Más de 60 minutos
- 9. No se aplica

17) Para conocer si el trabajador siempre acude al Instituto cuando sufre un accidente o enfermedad de trabajo, se dan las opciones siguientes. Recordando que si la respuesta es SI, se debe pasar a la pregunta 19. 20

- 0. No hay datos
- 1. SI
- 2. NO
- 9. No se aplica

18) Para conocer por qué no siempre acude al IMSS, se debe contestar sólo la causa más frecuente. Se anotarán las siguientes opciones y codificación. 21

- 0. No hay datos
- 1. Espera demasiado tiempo
- 2. Servicios alejados
- 3. Horas de servicio inconvenientes
- 4. Mal trato por los médicos
- 5. Trámites tardados
- 6. Otra (se debe especificar)
- 9. No se aplica

19) Para saber si la empresa cuenta con servicio médico, 22  
se deben registrar las opciones y codificación que se  
anotan. Si la respuesta es NO, pasar a la pregunta 21.

0. No hay datos

1. SI

2. NO

20) En cuanto al lugar donde prefiere atenderse, se 23  
registrarán y codificarán las opciones siguientes:

0. No hay datos

1. Servicio médico de la empresa

2. IMSS

3. Otro(se debe especificar)

9. No se aplica

21) Para saber si le permiten ausentarse de su trabajo 24  
para acudir al IMSS, se anotará y codificará así:

0. No hay datos

1. SI

2. NO

22) Para la pregunta acerca de la causa por la  
acudió a solicitar el servicio al Instituto, se  
dan las siguientes opciones y codificación: 25

0. No hay datos
1. Accidente de trabajo
2. Accidente en trayecto
3. Enfermedad de trabajo
4. Recaida de AT, A e T o ET
5. Otro(se debe especificar)

23) Con respecto a la satisfacción que le brindó el  
servicio de salud en el trabajo se anotará: 26

0. No hay datos
1. Satisfecho
2. Le es indiferente
3. Insatisfecho

EN CASO DE DUDA SOBRE COMO CONTESTAR O CODIFICAR ALGUNA O  
ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO, ESPECIFIQUE ESTO EN  
EL REVERSO DE LA HOJA DE LA ENCUESTA PARA SU CODIFICACION  
POSTERIOR.