



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

SATISFACCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y DE SUS PACIENTES, DURANTE EL PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA, UTILIZANDO EL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:
Médico General Umbilia Aranet Chávez Guzmán

Dirigido por:
M. en C.S.S. Enrique Villarreal Ríos

SINODALES

M. en C.S.S. Enrique Villarreal Ríos
Presidente

M. en C. Nicolás Camacho Calderón
Secretario

M. en C. Minerva Escartín Chávez
Vocal

Med. Esp. Ma. Del Rosario Ruelas Candelas
Suplente

M. en C. Genaro Vega Malagón
Suplente

Med Esp. Benjamín Moreno Pérez
Director de la Facultad

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero 2008
México

RESUMEN

Objetivo. Identificar la satisfacción del personal médico y de sus pacientes durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico. Metodología. Estudio transversal descriptivo de cinco unidades de medicina familiar con expediente clínico electrónico (ECE) del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Querétaro, México, en el año 2006. Se incluyeron médicos especialistas en medicina familiar, que hayan utilizado el expediente clínico electrónico por un año o más; usuarios con edad igual o mayor de 18 años con al menos dos consultas al médico familiar, estar vigentes y que aceptaran participar en el estudio. Se entrevistaron 72 médicos y 172 pacientes seleccionados aleatoriamente. En los médicos se evaluó la satisfacción al realizar la nota médica, al elaborar la solicitud de laboratorio, al realizar el envío a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad y la receta médica utilizando el expediente clínico electrónico y para el paciente, se incluyó además, la satisfacción en el interrogatorio, la exploración física y la explicación médica durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico. La satisfacción se evaluó con escala del 0 al 10; categorizándose posteriormente en cinco grupos (9.1 a 10=muy satisfecho, 8.1 a 9=satisfecho, 7.1 a 8=regularmente satisfecho, 6.1 a 7=insatisfecho y 6 ó menos=muy insatisfecho). Las categorías muy satisfecho y satisfecho se consideraron para la satisfacción global tanto del médico como del paciente. El análisis estadístico incluyó promedios, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza. Resultados. El 76.4% de los médicos están satisfechos o muy satisfechos con el expediente clínico electrónico. El 83.2% de los pacientes están satisfechos o muy satisfechos con el expediente clínico electrónico. Conclusión. El porcentaje de satisfacción es más alto en los pacientes que en los médicos. Más de la mitad de los médicos están muy satisfechos con el expediente clínico electrónico. Son porcentajes aceptables tanto en los médicos como en los pacientes, ya que el expediente clínico electrónico tiene poco de estar en práctica y probablemente los resultados mejorarán conforme se tenga más experiencia de trabajar con éste.

Palabras clave: Expediente electrónico. Satisfacción. Calidad. Atención médica

Objective. To assess both medical staff and their patients' satisfaction during consultation, using electronic clinical files. **Methodology.** A descriptive multi-center general practice cross-study, in which the electronic clinical files were used during consultation, was performed in the Mexican Public Health Care System (IMSS) in the city of Queretaro, in Mexico during 2006, Specialized physicians who had been using the electronic clinical files for a year or more and 18 years old patients or older who had gone at least twice or more to the doctor were included, to be effective and that accepted to participate in the study. 72 physicians and 172 patients were randomly selected and interviewed. The satisfaction in the doctors was evaluated to achieve the medical note, to do the laboratory request, to achieve the attention level second shipment, to do the incapacity and the medical prescription with the electronic clinical files as for the patients including as well interrogation, auscultation and medical explanation for their illnesses during consultation, using electronic clinical files. The satisfaction was scored from 1 to 10. The surveys yield the following 5 groups: 9.1 to 10= very satisfied, 8.1 to 9= satisfied, 7.1 to 8= regular satisfied, 6.1 to 7=dissatisfied and 6 or less= very dissatisfied. The categories very satisfied and satisfied were considered as much for the global satisfaction of the doctor as of the patient. Statistical analysis included averages, standart derivation, percentages and intervals of confidence. **Results.** 76.4% of the physicians were very satisfied by using the electronic clinical files. 83.2% of the patients were very satisfied and comfortable with the fact that physicians were using the electronic files during consultation. **Conclusion.** Patients were more satisfied than physician with the use of the electronic clinical files during consultation. More than half of the physicians were very satisfied and comfortable using the electronic clinical files. Although, the use of the electronic clinical files is recent, both results are considered to be acceptable as electronic clinical files are used on a daily basis, better results are expected.

Key words: Electronic clinical files. Satisfaction. Quality. Consultation.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

Por la entrega incondicional en apoyarme día a día hasta lograr que este sueño se hiciera realidad. Y por darme la mano una y mil veces cuando sentía que ya no podía más.

A MIS HERMANOS:

Por la comprensión y apoyo de tener que estar lejos de la familia, para alcanzar los objetivos planteados y llegar a la cima.

A MI NOVIO:

Por estar siempre en los momentos felices y en los más difíciles, por tener siempre una palabra de motivación e inspiración en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco enormemente a mi director de tesis, al Dr. Enrique Villarreal Ríos, por la disponibilidad y apoyo continuo en la realización de este trabajo.

A la Dra. Ma. del Rosario Ruelas Candelas, a la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez y al Dr. Jorge Velázquez Tlapanco por su participación en mi formación como Médico Especialista en Medicina Familiar.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, a sus médicos y enfermeras por haber permitido mi preparación y adiestramiento médico.

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Hipótesis	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA	6
Health Level Seven (HL7)	6
Expediente Clínico Electrónico	9
Calidad de la Atención Médica	15
III. METODOLOGÍA	29
Diseño	29
Mediciones y análisis	31
Análisis estadístico	33
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
Presentación de cuadros	37
BIBLIOGRAFÍA CITADA	62
APÉNDICE	68

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
3.1	Distribución proporcional del tamaño de muestra para los médicos.	30
3.2	Distribución proporcional del tamaño de muestra para los pacientes.	30
4.1	Distribución de los médicos por grupo de edad.	37
4.2	Nivel de escolaridad en los pacientes.	38
4.3	Nivel de satisfacción de los médicos al realizar la nota médica con el expediente clínico electrónico.	39
4.4	Nivel de satisfacción de los médicos al realizar la solicitud para estudios de laboratorio con el expediente clínico electrónico.	40
4.5	Nivel de satisfacción de los médicos al elaborar la referencia a segundo nivel de atención.	41
4.6	Nivel de satisfacción de los médicos al expedir la incapacidad médica con el expediente clínico electrónico.	42
4.7	Nivel de satisfacción de los médicos al elaborar la receta médica con el expediente clínico electrónico.	43
4.8	Nivel de satisfacción global de los médicos con el expediente clínico electrónico.	44
4.9	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico, durante el interrogatorio en el proceso de la atención médica.	45

Cuadro		Página
4.10	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico, al realizar su médico, la exploración física durante el proceso de la atención médica.	48
4.11	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico durante la explicación que realiza su médico.	49
4.12	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico y la solicitud para estudios de laboratorio.	50
4.13	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico al elaborarles la referencia a segundo nivel de atención, en caso de requerirlo.	51
4.14	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico al expedir la incapacidad médica, en caso de requerirlo.	52
4.15	Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico al elaborarles la receta médica, en caso de requerirlo.	53
4.16	Nivel de satisfacción global de los pacientes con el expediente clínico electrónico.	54
4.17	Comprobación de hipótesis en los médicos, prueba de z para una población.	55
4.18	Comprobación de hipótesis en los pacientes, prueba de z para una población.	56

I. INTRODUCCIÓN

Con la incorporación de la tecnología en información de la prestación de servicios médicos, se ha creado el expediente clínico electrónico para otorgar la atención médica del primer nivel (IMSS-Expediente clínico electrónico, 2006).

El expediente clínico electrónico está dirigido a médicos familiares, asistentes médicas, personal de laboratorio, personal de rayos X, estomatólogos y administrativos de la unidad, lo que da como resultado más de 30,000 usuarios a nivel nacional, los cuales fueron capacitados durante el año 2003 - 2004 (IMSS-Expediente clínico electrónico, 2006).

Durante el año 2003 el expediente clínico electrónico fue implementado en 105 unidades de medicina familiar del instituto que, por ser las más grandes, alcanzaron el 39.2% de los derechohabientes. En el año 2004 se implementó en otras 295 unidades, con una cobertura del 63% de los derechohabientes totales del instituto. Y en el 2005 estaba vigente en el 100% de las unidades de medicina familiar a nivel nacional, particularmente en la delegación Querétaro (Bellon, 2000).

El expediente clínico electrónico tiene por objetivo contener la información derivada de la atención médica en un repositorio central de manera que se integre un expediente para cada derechohabiente, mismo que perdure durante toda su vida y esté disponible para ser utilizado en provisión de los servicios de salud en los tres niveles de atención. Cumpliendo con los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad (IMSS-Expediente clínico electrónico, 2006).

Mediante el expediente clínico electrónico se brinda una información más completa a los médicos y se habilita la comunicación entre médicos de distintas unidades. El expediente clínico electrónico del paciente interactúa con sistemas como el de laboratorio, banco de sangre, hemodiálisis y consulta de medicina

familiar, usando mensajería conforme a los estándares internacionales a través de una plataforma que se utilicen en otros sistemas a nivel institucional (IMSS-Expediente clínico electrónico, 2006).

A través del expediente clínico electrónico se busca implementar la atención médica de primer nivel y proporcionar al médico una herramienta eficaz que le facilita su trabajo (Ibern, 1992; Varela, 2001).

La calidad es una propiedad de la atención médica que puede poseer en grados variables (Committee on Quality, 2001). La calidad se divide en tres dimensiones: atención técnica, relaciones interpersonales y amenidades.

El expediente clínico electrónico forma parte de las amenidades (elementos físicos o materiales que permiten la comodidad y privacidad del consultorio médico). Las amenidades se consideran como contribuciones al manejo de la relación interpersonal, ya que significa interés por la satisfacción del paciente (Donabedian, 1999; González MR, 2004).

La evaluación de calidad se basa en tres enfoques: “estructura, proceso y resultado”. La estructura son las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que se tiene al alcance, de los lugares físicos y organizacionales donde se trabaja. El proceso es una serie de actividades que se lleva a cabo por y entre profesionales y pacientes. El resultado es el cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica (Maslow, 1982; Donabedian, 1999).

Hablar de satisfacción en la calidad de la atención médica es hablar de la relación interpersonal médico-paciente. Por lo tanto, la estructura en el manejo del proceso interpersonal es la incorporación de las amenidades al ambiente físico y la operación de las instalaciones; el proceso es la manera cómo los profesionales y

otros miembros del personal atienden a los pacientes y los resultados constituyen la satisfacción con el uso de las amenidades durante la atención médica, los aspectos de la relación interpersonal, la comprensión de la enfermedad y del régimen de atención (Prados JA, 1992; Donabedian, 1999).

Con lo anterior se establece que, la satisfacción de los usuarios se refleja en la sensación de bienestar del usuario y de su familia de acuerdo a las expectativas en la calidad de atención que recibe (Tovar A, 2003).

Sí el expediente clínico electrónico está disponible en la mayoría de las unidades de medicina familiar en la ciudad de Querétaro, es importante determinar cuál ha sido la satisfacción del personal médico y de sus pacientes durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la satisfacción del personal médico y de sus pacientes, durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la satisfacción del médico, durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico:

- 1.-Al realizar la nota médica.
- 2.-Al realizar la solicitud para estudios de laboratorio.
- 3.-Al elaborar la referencia a segundo nivel de atención.
- 4.-Al expedir la incapacidad médica.
- 5.-Al elaborar la receta médica.

Determinar la satisfacción del paciente, con el expediente clínico electrónico:

- 6.-Durante el interrogatorio médico.
- 7.-Durante la exploración física.
- 8.-Durante la explicación del padecimiento.
- 9.-Al realizarle la solicitud para estudios de laboratorio.
- 10.-Al elaborarle la referencia a segundo nivel de atención.
- 11.-Al expedirle la incapacidad médica.
- 12.-Al elaborarle la receta médica.

HIPÓTESIS

Ha.-La satisfacción de los médicos es superior al 80%, durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico.

Ho.-La satisfacción de los médicos es igual o menor del 80%, durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico.

Ha.-La satisfacción de los pacientes es superior al 80%, durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico.

Ho.-La satisfacción de los pacientes es igual o menor del 80%, durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en conjunto con la oficina para la innovación Gubernamental de la Presidencia de la República, la Secretaría de Salud y el Programa e-México, incorporan el expediente clínico electrónico del paciente, en el cuál, la información de todos los eventos médicos de los derechohabientes podrán estar disponibles en línea en todas y cada una de las unidades médicas del Instituto (IMSS-Expediente clínico electrónico, 2006).

¿Qué es HL7?

Health Level Seven (HL7) es una organización desarrolladora de estándares dirigidos a permitir la interoperabilidad entre aplicaciones heterogéneas en el ámbito de la salud. Participan diferentes sectores (prestadores de servicios de salud, desarrolladores de software, consultores, usuarios finales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) discutiendo y desarrollando estándares por consenso en un entorno abierto.

HL7 se inicio en 1987 en base a la necesidad de normalizar las interfases entre sistemas de información heterogéneos. El HL7 ha creado la Arquitectura de Documentos Clínicos (CDA) la cual se cree que es el primer estándar para el área de la salud basado en XML. El CDA, anteriormente conocido como Patient Record Architecture (PRA), provee un modelo de intercambio de documentos y facilita a las industrias de la salud la realización de un expediente médico electrónico (Santana, 2006).

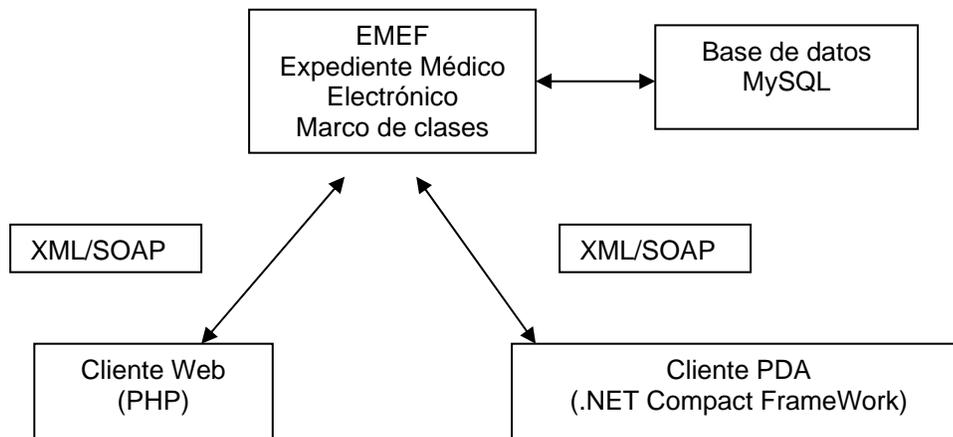
En este tipo de sistemas la información digital valiosa podrá agruparse con mayor rapidez y eficacia y podrá utilizarse para desarrollar procesos empresariales con más efectividad.

Esta característica es vital para industrias, como la de la salud, en las que su razón de ser es el agrupamiento efectivo de información, así como la aplicación de esa información y los datos compartidos (American Collage of Physicians, 2004).

Los hospitales, los centros de salud, clínicas privadas y cualquier tipo de organización de asistencia médica pueden capturar información vital sobre los pacientes dentro de un formulario que puede ser diseñado y creado por ellos mismos, validar la información para tener mayor precisión, y guardarla en un archivo CDA-compliant, que se puede leer y utilizar en otro sistema final, tales como sistemas de información del hospital, software de gestión de documentos, portales o incluso otras organizaciones (John, 2005).

La arquitectura desarrollada se basa en diversos estándares tecnológicos y está centrada en un marco de clases con el paradigma cliente-servidor utilizando servicios Web; un servidor central a manera de núcleo del sistema, en el cual se depositaran todos los servicios Web necesarios (Back-End) de manera que las aplicaciones cliente (Front-End) independientemente de la plataforma y el dispositivo pudieran utilizar los servicios que el núcleo ofrece (John, 2005).

Figura 1.-Arquitectura del marco de clases EMEF



Para tal propósito se realiza la implementación del núcleo del sistema con PHP utilizando servicios Web mediante SOAP logrando con esto heterogeneidad entre los clientes al utilizar el protocolo de transferencia de hipertexto (HTTP por sus siglas en inglés Hyper Text Transfer Protocol) como medio de transporte y XML como medio de intercambio de información entre aplicaciones.

Cuando las aplicaciones cliente realizan cambios sobre la información solicitada o simplemente genera nueva información clínica, ésta es enviada al núcleo de formato HL7 a través de un servicio Web que el núcleo tomará, decodificará y almacenará de manera tradicional en su base de datos (Santana, 2006).

Adicionalmente al núcleo del sistema se desarrollaron dos tipos diferentes de clientes móviles que consumen los servicios Web ofrecidos por el marco de clases. Por un lado se desarrolló un cliente basado en una interfaz Web diseñada para usarse en una Tablet PC; y por otro lado, se desarrolló una aplicación para

PDA como segundo cliente. Ambos clientes pensados para usarse en ambientes inalámbricos. Estos clientes consultan la información almacenada en el servidor a través de las interfases provistas por los servicios Web. Una vez obtenida la información cada cliente la procesa y visualiza de acuerdo al propósito del diseño del cliente.

Asimismo, mientras el médico de turno realiza sus rondas de rutina en los cuartos de los pacientes, llega a la cama 12 y desea verificar la evolución del paciente, entonces haciendo uso de un dispositivo manual (Tablet PC) con conexión inalámbrica ingresa al cliente Web del expediente electrónico e introduce el identificador del paciente, inmediatamente obtiene en su pantalla la información del paciente, donde puede revisar sus síntomas, verificar su evolución e incluso realizar nuevas anotaciones al expediente. Y en la sala de urgencias, llega la ambulancia con un paciente, el cual presenta un cuadro clínico grave, por lo que el médico en turno necesita obtener el expediente médico para conocer su historial clínico, sus reacciones a los medicamentos y las alertas clínicas que se tengan registradas en el expediente, como el tiempo es crítico en estos casos, el médico toma su PDA con conexión inalámbrica, ingresa al expediente electrónico introduciendo el número de registro del paciente, inmediatamente obtiene en su pantalla la información médica, donde puede revisar de manera oportuna la información del paciente (Sandúa JM, 2006).

Expediente Clínico Electrónico

El expediente clínico electrónico tiene por objetivo contener la información derivada de la atención médica en un repositorio central de manera que se integre un expediente para cada derechohabiente, mismo que perdure durante toda su vida y esté disponible para ser utilizado en provisión de los servicios de salud en los tres niveles de atención. Cumpliendo con los principios de disponibilidad, integridad y confidencialidad.

Mediante el expediente clínico electrónico se brinda una información más completa a los médicos y habilita la comunicación a médicos de distintas unidades. El expediente clínico electrónico del paciente, interactúa con sistemas como el de laboratorio, banco de sangre, hemodiálisis y consulta de medicina familiar, usando mensajería conforme a los estándares internacionales HL7, a través de una plataforma que se utilicen en otros sistemas a nivel institucional.

Ventajas:

- 1.-Disponibilidad de la información las 24 horas.
- 2.-Consulta de información en línea.
- 3.-Lenguaje común para los sistemas médicos del IMSS.
- 4.-Manejo de estándares para intercambio de información entre los diversos sistemas del instituto.
- 5.-Manejo, administración y seguridad de la información por su base centralizada.
- 6.-Seguridad.
- 7.-Funcionalidades específicas de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM) 168-SSA1-1998, del expediente clínico electrónico.

Actualmente se tiene el expediente clínico electrónico (ECE), con el objeto de introducir modernidad en los procesos de atención a la salud en unidades médicas de primer nivel de atención. A través del ECE, se busca implementar en la atención médica de primer nivel del instituto un sistema de salud que permita recolectar, almacenar y utilizar la información generada en las unidades de medicina familiar. Además, este novedoso expediente le proporciona al médico una herramienta eficaz que le facilita su trabajo.

Como parte del esfuerzo para mejorar el primer nivel de atención, se integra el sistema de cita previa telefónica, con lo cuál se eliminan las filas de espera.

El expediente clínico electrónico cuenta con los siguientes módulos:

1.-Agenda de citas: en donde es posible agendar citas a derechohabientes, así como cancelarlas, confirmarlas o transferirlas.

2.-Atención Integral: en donde es posible registrar los datos de somatometría, alimentar y mantener la historia clínica completa del paciente, realizar y mantener las notas médicas de cada consulta, solicitar servicios auxiliares de diagnóstico así como hacer las citas para tal efecto, generar recetas, incapacidades y envíos a un hospital de especialidades.

3.-PREVENIMSS: en donde se le da seguimiento a los programas integrados de salud.

4.-Estomatología: en donde se puede dar atención específica del servicio dental de la unidad con la misma funcionalidad módulo de atención integral.

5.-Servicios Auxiliares de Diagnóstico: que contiene el registro de las actividades realizadas por los servicios de rayos x.

Los sistemas de información forman parte del concepto de servicios E-hospitalarios, son parte de un continuo tendiente a la automatización de procesos, optimización de recursos, apoyo a la toma de decisiones y el acceso a la información en el sistema de salud (IMSS-Expediente clínico electrónico, 2006).

Se tiene como finalidad fundamental mejorar la calidad en la atención al paciente y hacer cada vez más eficientes a las organizaciones prestadoras de dichos servicios. Bajo las condiciones sociales y económicas en que se encuentran, estos sistemas están destinados a jugar un papel determinante en el diseño del sistema de salud de México. Este papel empieza desde el momento en que pueden establecerse, dentro del sistema, reglas de negocio que hacen de la

administración hospitalaria y de las entidades responsables de la prestación de servicios, una profesión en sí misma orientada hacia el manejo de tipo empresarial de dichas organizaciones, sin dejar de considerar el carácter particular que la atención de la salud de la persona implica (Borrel, 1985).

Como un componente determinante para apoyar al médico en el ejercicio de su profesión, el expediente clínico electrónico (ECE), proporciona la información del paciente en el momento en que se necesita y apoya el proceso de toma de decisiones clínicas.

De esta forma, la participación de los sistemas en salud se extiende desde el ámbito de una eficiente administración financiera con indicadores económicos y de productividad, hasta la administración del cuidado del paciente a través de procedimientos de aseguramiento de calidad y la aplicación de guías diagnóstico terapéuticas que pueden estar accesibles al personal médico en el momento y en el sitio donde se brinda la atención (Curioso, 2002).

La nueva generación de usuarios del sistema de salud, formada por una población urbana con mayor longevidad y susceptible a padecer cada vez más enfermedades crónicas degenerativas, demanda una mayor capacidad de las instituciones para manejar la gran cantidad de información y conocimiento que en el mundo de la medicina se va generando. Esta información generada debe ser discriminada para ofrecer al médico y al responsable de tomar decisiones evidencias documentadas para el momento que deban tomar una decisión.

Los compradores de servicios de salud requieren de herramientas para poder seleccionar adecuadamente los proveedores de servicios, y qué mejor que, se cumplan con las expectativas del programa de salud.

En todos estos casos, los sistemas de información pueden responder a la necesidad del sistema de salud de tener un “sistema nervioso central” que le permita administrar la complejidad del mundo de la medicina que va desde la

atención del paciente hasta el dominio de la salud pública y llegando a la elaboración de políticas para la conducción del sistema de salud (Burt, 2005).

El advenimiento de las facilidades de comunicación entre redes, ha dado como resultado el poder aplicar modelos de economía de escala, para poner a disposición de estas instituciones dichos sistemas facilitando la estandarización de procesos, la aplicación de modelos de aseguramiento de calidad, la optimización de recursos y el intercambio de información.

Esta información tanto administrativa como financiera sirve de marco organizacional para la atención del paciente cuya información clínica puede ser registrada a través de sistemas de información, universalmente incluidos en el modelo denominado “expediente clínico electrónico (ECE)” (Franco, 2003).

E-Consulta Externa, es un enlace a un sistema integral de información que permite el control y la automatización de funciones operativas en las unidades de atención ambulatoria y de consulta externa. A través del uso del sistema se hace realidad el manejo de cita previa, optimización de recursos, reasignación de horarios, control de tiempos de espera y atención, causas de diferimiento y cancelación de citas (agenda electrónica médica de consulta externa), registro de todos los datos de la consulta en forma codificada, integración con la farmacia y los servicios de la unidad, formados por:

a) Médico en línea.

Enlace del médico moderno en un sistema de información que automatiza las funciones operativas mediante el uso de la agenda electrónica, la asesoría digital, la consultoría médica digital, el expediente clínico electrónico, la comunicación bidireccional con empresas aseguradoras, la elaboración automática del reporte de ingresos y cuentas por cobrar, así como los procedimientos practicados a los pacientes (García OLM, 1991). Tiene la posibilidad de exportar información hacia dispositivos de cómputo móvil (palm top).

Enlace RIS/LIMS es un sistema que incluye los más avanzados recursos para la agilización del registro, organización de trabajo, captura y procesamiento de resultados obtenidos en los estudios de los servicios auxiliares de salud, tales como: imagenología, microbiología, genética y gabinete realizados al paciente. Incluye la posibilidad de almacenar imágenes comprimidas y de comunicarse con sistemas de almacenamiento de imágenes digitales diseñado para el manejo integral de la información administrativa y propia del ramo de seguros para las empresas aseguradoras especializadas en servicios de salud, que obtiene el beneficio máximo de la plataforma sobre la cual trabajan, cubriendo tecnología de punta en arquitecturas abiertas y bases de datos relacionales, de tal forma que toda la información es accesada de una manera fácil y rápida, contando con distintos niveles de seguridad (Burt, 2005).

b) Sistema de Información.

- Mejora continua del cuidado de la salud y de la eficiencia en el caso de recursos.
- Aceptación y satisfacción del paciente y del usuario, médico y/o recepcionista.
- Seguimiento de planes y programas de atención del médico (cartilla universal de salud).
- Hacer realidad el concepto del “expediente sin papel”.
- Manejo de Guías de diagnóstico y tratamiento.
- Registro oportuno de la información con mayor disponibilidad de esta.
- Seguridad y confiabilidad en el registro de la información.
- Manejo de referencia y contrarreferencia.
- Aplicación de programas de cuidado preventivo de salud para el núcleo familiar.
- Comunicación inmediata y codificada de resultados

El expediente clínico electrónico (ECE), ya es utilizado en seis de cada diez consultas y al cuál, se le está incorporando la cartilla de salud y citas médicas PREVENIMSS, para el debido control de las acciones preventivas que deben desarrollarse en beneficio del derechohabiente.

Con esto el IMSS se coloca a la vanguardia no sólo en el contexto nacional sino internacional, ya que el ECE se empleaba sólo en el Reino Unido, Estados Unidos de América y Australia, si bien el del Seguro Social es el sistema de salud de mayor cobertura con uso de registro electrónico de acciones. (IMSS. Expediente clínico electrónico, 2006)

Calidad de la atención médica

La calidad es una propiedad de la atención médica que puede poseer en grados variables. Lo que no es en modo alguno claro es, si la calidad es un atributo único, una clase de atributos funcionalmente relacionados, o una combinación heterogénea reunida en un paquete por uso establecido, mandato administrativo o preferencia personal. Y la identidad del atributo o los atributos que constituyen la calidad no está en absoluto clara. Sin embargo, si los atributos pudieran identificarse, sería todavía necesario traducirlos a los criterios y normas que pueden emplearse para hacer juicios consistentes. Incluso los juicios sobre la calidad no se hacen sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el marco o sistemas donde se imparte (Committee of Quality of Health Care in America, 2001).

Es posible dividir la calidad en por lo menos dos dimensiones: técnica e interpersonal.

La atención técnica por ejemplo, es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Va acompañado de la interacción social y económica

entre el cliente y el facultativo. También conocida como la “Ciencia de la medicina”. La naturaleza de los procedimientos técnicos usados y su grado de éxito influirán la relación interpersonal.

Relaciones interpersonales, “arte” de la atención técnica. El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales.

De aquí se sigue que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. Sin embargo es capaz de convertirse, por lo menos en parte, en una ciencia, (prestador-usuario). Puede influir sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico (Sogi C, 2006).

En algunas enfermedades crónicas, cuando no se puede esperar mucha mejoría en la función física y el objetivo del cuidado es ayudar al paciente a adaptarse a su invalidez, los elementos relativos al manejo de las relaciones interpersonales cobran mucha importancia (Donabedian, 1999; González, 2004).

Puede haber un tercer elemento de la atención, que podemos llamar sus “AMENIDADES”. Este término pudiere describir características tales como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, un sistema de información que permita al médico, acceder a la información de los pacientes en forma eficiente. En cierto modo, las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica. Esto se ve con más claridad y en forma abstracta como los elementos físicos o materiales que permiten la comodidad y privacidad del consultorio médico. Las amenidades se consideran como contribuciones al manejo

de la relación interpersonal, ya que significa interés por la satisfacción de paciente (Donabedian, 1999).

Todos los postulados nos llevan a un concepto unificador de la calidad de la atención, como aquella clase de atención que se espera puede proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes (Martínez, 2001).

La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que ahora se gasta en atención, o lograr la misma calidad a un costo menor.

La calidad de la atención médica se definirá entonces como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. Es responsabilidad del profesional recomendar y llevar a cabo dicha atención. Todos los otros factores, incluyendo los costos monetarios así como las expectativas y valoraciones del paciente, se consideran por lo tanto como obstáculos o facilitadores para alcanzar el estándar de calidad, pero que no modifican el estándar mismo.

Cuando el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición “individualizada” de la calidad (Donabedian, 1999).

El médico, una vez más se enfrenta a un dilema moral. Por una parte, tiene la responsabilidad y el compromiso de proporcionar al paciente, a petición del mismo, toda la atención que pueda serle provechosa, y, sin embargo, su responsabilidad ante la sociedad, o su dependencia de la aprobación social o institucional, le exigen, en vista del costo monetario, reducir hasta cierto tiempo el máximo beneficio alcanzable para la salud en un individuo dado. Esto nos lleva a

la tercera definición, que es la definición social de la calidad (Martínez, 2001; Marzo, 2002).

A medida que el enfoque se traslada de la interacción de una pareja paciente-médico a la prestación de servicios por grupos de profesionales a poblaciones enteras, algunos atributos de la atención se convierten en determinantes mucho más prominentes de su calidad. Entre estos se menciona la accesibilidad, la continuidad y la coordinación (Ong, 1995; Donabedian, 1999).

La accesibilidad se define como la facilidad con la que se inicia y se mantiene la atención. La continuidad significa falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica y la coordinación puede verse como el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre su calidad pero que permanecen separados de ella.

Los pacientes también contribuyen mucho a la definición de la calidad con sus valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal. Como tal, la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo y resultado de la atención (Tovar A, 2003).

Por ejemplo, es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y que acepte y siga sus recomendaciones. La satisfacción también influye sobre el acceso al cuidado, ya que es más probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica.

Una suma y un balance subjetivos de los juicios detallados representarían la satisfacción total. La satisfacción del paciente es de fundamental importancia

como una medida de la calidad de la atención. Porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que éste es la autoridad última. La medición de la satisfacción es, por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación (Donabedian, 1999; Varela, 2001).

La valoración informal de la satisfacción tiene un papel aún más importante en el curso de cada interacción médico-paciente, ya que el profesional puede usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción y, al final, hacer un juicio sobre qué tan acertada ha sido. Pero la satisfacción del paciente tiene también algunas limitaciones como medida de la calidad. Los pacientes generalmente poseen sólo una comprensión muy incompleta de la ciencia y tecnología de la atención, de manera que sus juicios en relación con estos aspectos pueden ser defectuosos (Zea, 2000; Leal-Quevedo, 2003).

Los pacientes algunas veces esperan y exigen cosas que sería incorrecto que el profesional proporcionara, porque están social y profesionalmente prohibidas, o porque no convienen al paciente. Sin embargo, aún estas limitaciones no necesariamente restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención. Por ejemplo, si el paciente está insatisfecho porque sus irrazonablemente altas expectativas sobre la eficacia de la ciencia médica no se han cumplido, se podría argumentar que el profesional falló en no educar al paciente (Loayssa, 2006). Y cuando el paciente está insatisfecho porque se le negó un servicio que él deseaba, las razones de la negación podrían ser de validez dudosa, especialmente si se supone que el primer deber del profesional es servir al paciente individual, y que éste es, en último análisis, el mejor juez de sus propios intereses, siempre que esté mentalmente sano y adecuadamente informado (Zeithalm, 1993).

En la medida en que la satisfacción del paciente es un juicio sobre la calidad de la atención, no forma parte de la definición de la calidad; sin embargo, constituye la mejor representación de ciertos componentes de la definición de la

calidad, especialmente de aquellos que conciernen a las expectativas y valoraciones del paciente.

Una sensación de satisfacción general puede favorecer el mejor desempeño del profesional. La satisfacción del profesional, como la del cliente, es también, en parte, un juicio acerca de la “bondad” que atañe a los lugares y condiciones donde el médico trabaja, a la atención que proporcionan sus colegas y a la atención que él mismo provee, en general o en un caso particular.

La definición de la calidad descansa solamente sobre el grado en el que los intereses de los pacientes han sido atendidos pero, debe también servir a los intereses de los profesionales (Donabedian, 1999; Bascuñan, 2005).

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante de la calidad de la atención, esta aportación se aplica en los modelos de evaluación de los servicios de salud (Robbins, 1987).

Maslow, afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores (Maslow, 1982) por lo tanto, se establece que éste es uno de los factores prevalentes relacionados con su motivación.

El modelo desarrollado por Herzberg, señala que existen factores de motivación intrínsecos del trabajo, vinculados directamente con la satisfacción laboral, tales como el trabajo mismo, los logros, el reconocimiento recibido por el desempeño, la responsabilidad y los ascensos. Los factores extrínsecos del trabajo, que no pueden ser controlados o modificados directamente por el trabajador, están relacionados con la higiene, las políticas de organización, la supervisión, la disponibilidad de recursos, el salario y la seguridad.

En el modelo de Vroom, la satisfacción y el desempleo laboral establecen una relación negativa con el ausentismo y la rotación del personal; es decir, los individuos están satisfechos con su trabajo hasta el grado que les permita obtener lo que desean; su desempeño es eficiente siempre y cuando los conduzca a la satisfacción de sus necesidades (Werther, 1988).

De acuerdo con Stogdill, el desempeño tiene relación con la satisfacción laboral siempre que exista un reforzamiento en las expectativas del rendimiento (Robbins, 1987).

Estructura, proceso y resultado

Hay tres enfoques importantes, para la evaluación de la calidad de la atención: uno es la evaluación de la estructura, el otro la evaluación del “proceso” y finalmente, del “resultado”.

Al aseverar que la calidad de la atención médica es un atributo que ésta debe tener a un grado mayor o menor, se implica que el objeto primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. A esta serie de actividades se le ha llamado “proceso” de la atención.

Por “estructura” se entiende las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que se tiene al alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde se trabaja. El concepto de estructura incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica.

El estudio de los “resultados” significa analizar un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica.

Este triple enfoque es posible porque existe una relación funcional fundamental entre los tres elementos, que puede mostrarse esquemáticamente como sigue:

Estructura-----Proceso-----Resultado

En dicha cadena, cada elemento es, por lo menos hasta cierto grado, una causa del elemento que sigue, mientras que, a su vez, está causado por los elementos que lo preceden. Por otra parte, el proceso de atención puede subdividirse en segmentos pequeños, cada uno con su propio “resultado”. Como una película de cine, constituye el “proceso”. Pero, como cuando la película es detenida, cada elemento de esta sucesión que se está desarrollando, si se aísla para su escrutinio, es en realidad un resultado, siempre que este causalmente relacionada con estados y eventos anteriores sobre los cuales se debe hacer un juicio (Maslow, 1982; Donabedian, 1999).

También se puede inferir que “el desempeño del proveedor” se percibe como divisible en dos áreas que corresponden a lo que se ha llamado tratamiento técnico y manejo del proceso interpersonal. Se ha postulado, en parte explícitamente y en parte implícitamente, que cada uno de estos atributos puede ser evaluado mediante el examen de la estructura, el proceso y el resultado.

a) En el manejo de proceso interpersonal:

1.-Estructura. Estabilidad de afecto hacia un médico personal.

Disponibilidad de tiempo adecuado para que los médicos puedan dedicarlo a los pacientes.

Incorporación de amenidades al ambiente físico y la operación de las instalaciones. La presencia y el funcionamiento de mecanismos adecuados para atender las sugerencias y quejas de los pacientes. Participación de consumidores en el gobierno. Satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo y con sus recompensas materiales y psíquicas.

2.-Proceso: La manera como los profesionales y otros miembros del personal atienden a los pacientes. Interés, cortesía, respecto por la autonomía del paciente, mantenimiento de privacidad, explicación, confianza, apoyo; aceptación del paciente sin hacer juicios sobre su enfermedad y su conducta. Empleo de bastante tiempo; no apurar al paciente.

3.-Resultados relaciones con el paciente: Satisfacción con las amenidades de la atención y los aspectos de la relación interpersonal. Comprensión de la enfermedad y del régimen de atención.

Adhesión al régimen. Cambio de médico primario dentro del plan. Uso de servicios fuera del plan. En general, establecimiento de conductas que indican que se hace frente con éxito a la enfermedad y a la incapacidad, mejorías en los prospectos para la salud futura y mayor habilidad para buscar y usar bien los servicios.

4.-Resultados relacionados con el profesional.

Satisfacción en las relaciones con los clientes. Opiniones acerca de la conducta del paciente. Conocimiento de los intereses y problemas del paciente (Prados, 1992; Donabedian, 1999.)

En los países latinoamericanos la dimensión de las relaciones interpersonales prevalece sobre la dimensión técnica de la calidad, siendo mayor el reto, dado que se emplean sistemas de países industrializados, enfocados principalmente a la mejoría de los procesos técnicos por medio de la monitoría del desempeño, la vigilancia extrema y la centralización del proceso

de mejoría. Diseñar y establecer instrumentos propios de evaluación congruentes con nuestra realidad, propicia las condiciones de igualdad que favorecen la participación en la búsqueda de la calidad (González MR, 2004).

En las instituciones del sector salud de México se han realizado evaluaciones de la calidad de la atención, considerando las expectativas tanto del paciente como de los trabajadores, a través de "cédulas de valoración" que permiten establecer un diagnóstico situacional operativo que facilita la identificación de los problemas (Rodríguez, 1986; Ruíz, 2001). El principal antecedente de esta metodología es el Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, documento normativo diseñado por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, que se constituye como una estrategia establecida, sistematizada y continua.

La calidad de la prestación de servicios puede enfocarse a las expectativas de la institución, en términos de oportunidad, costos, morbilidad, mortalidad y ausencia de quejas. Las del trabajador serían en términos de satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiados, reconocimiento de sus superiores y remuneración adecuada a su nivel. Los pacientes, por su parte, esperan cortesía, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, primacía, información médica completa, personal calificado, diagnóstico y tratamiento eficientes (Mateos, 1988; Nutting, 1991).

Aunque cada uno de los enfoques es diferente, existe una concordancia entre los tres elementos (institución, trabajadores y pacientes), lo cual permite que puedan ser analizados en forma integral (Aguirre, 1990; Palacios, 2002).

Antecedentes

Los habitantes de Inglaterra y Gales, fueron entrevistados durante el verano de 1964 sobre las cualidades o rasgos que se aprecia en el médico general; el 84% mencionaron que apreciaban la personalidad o modo de ser del médico general, y 4% solo tenían críticas o no podían recordar nada en particular que apreciaran en sus doctores, y el resto, mixto, relacionado con la manera de ser o la forma de atender durante la atención médica (Donabedian, 1999).

Con un enfoque multidimensional, se realizó un estudio transversal-descriptivo para la valoración de la satisfacción laboral y el desempeño, a través de la perspectiva del personal médico y usuarios en un hospital de atención pediátrica de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del D.F., en base a los elementos fundamentales del análisis la capacidad profesional y técnica del trabajador, la satisfacción del paciente y la satisfacción del "proveedor" . A través de la aplicación de una encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados: El 50 por ciento de los pacientes encuestados sobre el servicio de consulta externa, manifestó que la atención fue excelente, considerando que el desempeño de las actividades fue con calidad y eficiencia, cubriendo sus expectativas. El 40 por ciento señaló que la atención fue suficiente y sólo el 10 por ciento restante la consideró insuficiente e inadecuada, debido principalmente a los tiempos prolongados de espera, la descortesía y el mal trato (Salinas OC, 2001).

La satisfacción de los usuarios de los servicios de atención médica en la consulta externa de medicina familiar se refleja en la sensación de bienestar al usuario y su familia de acuerdo a las expectativas en la calidad de atención que recibe, por lo tanto, es importante identificar y analizar los problemas que generan insatisfacción en el usuario de consulta externa (quejas, reclamaciones, solicitud de cambio de médico, etc.) por la atención médica recibida, existe el interés de las autoridades de promover alternativas de solución que satisfaga las necesidades

del usuario y su familia. En cuanto a la satisfacción por la atención médica recibida el 86% están satisfechos y el 14% manifiestan alguna inconformidad, como pueden ser problemas administrativos con archivo clínico, laboratorio, farmacia, por el surtido de recetas incompletas, ya que estos problemas interfieren con su satisfacción.

En relación al 14% insatisfecho es de gran importancia tomar en cuenta sus opiniones y buscar alternativas de solución que satisfaga sus expectativas de acuerdo a la política institucional, buscar estrategias para disminuir los tiempos de espera, que se dé atención personalizada al usuario de los prestadores de servicio de nuestra institución e implementar estrategias para una adecuada recepción y orden para la atención médica al usuario (Tovar A, 2003).

Se diseñó un estudio descriptivo y observacional para determinar la percepción por parte, de los médicos y enfermeras hacia el ECE, además de la relación médico-paciente con respecto al uso y satisfacción hacia el ECE, en un hospital peruano (Hospital de Cuajone, Moquegua) el cual, consistió en la aplicación de encuestas a 423 médicos, 13 enfermeras y 22 pacientes. Resultados, el 83% de los médicos y 46% de las enfermeras refirió poder usar satisfactoriamente el sistema del ECE. La mayor ventaja reportada por ellos es visualizar todo el historial del paciente así como los resultados de exámenes auxiliares y consultas anteriores. Un 32% de los médicos considera que la relación médico paciente se ve afectada por el uso del sistema del ECE.

En general, un 78% se sienten satisfechos con utilizar el sistema del ECE. El 100% de los pacientes considera que el ECE es útil en la práctica médica ya que toda la información se encuentra disponible al momento y 32% de los pacientes piensa que la seguridad y privacidad puede verse afectada con este sistema. Un 86% de los pacientes se encuentran satisfechos de que su médico utilice el ECE (Curioso, 2002).

Las últimas encuestas realizadas por la sociedad andaluza fue en el año 2004 en atención primaria y hospitales, en el año 2003 se realizó en consulta externa. Ambas muestran un elevado índice de satisfacción de los usuarios hacia todos los profesionales, tanto de atención primaria como de hospitales oscilando entre el 75,6% de los auxiliares administrativos al 93,6% de los médicos. Presentan un elevado grado de satisfacción el respeto en el trato recibido (entre el 91,1% al 93,8%), la disponibilidad para escuchar (entre el 82,7% al 85,7%) y el tiempo de dedicación en la consulta médica en atención primaria (91,1%). La satisfacción global por la atención sanitaria recibida alcanza el 82,5% en las consultas externas, el 88,9% en los hospitales y el 89% en atención primaria (Bellón, 2001; Servicio Andaluz de Salud, 2004).

Aún más interesante resulta conocer la evolución en el tiempo de la opinión de los usuarios respecto de los mismos indicadores de satisfacción. La comparación de los resultados de la encuesta del año 1999, con la realizada en el año 2004 en atención primaria, permite observar un incremento del grado de satisfacción, estadísticamente significativo, en todos los ítems analizados. Destacan importantes incrementos en la valoración de todas las categorías profesionales y también, en otras variables relacionadas con la atención personal, muy especialmente en el tiempo de dedicación a la consulta médica, la disponibilidad para la escucha y la información sobre tratamientos, con un incremento de un 3,6% en la satisfacción global (Servicio Andaluz de Salud 2004).

Se realizó un estudio comparativo en dos fases: 85 médicos en 1992 y 72 en 1998. Comparando la satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. Se analizó logro, reconocimiento, capacitación y satisfacción global. Fue aplicada una encuesta tipo Likert integrada por cinco categorías: muy baja, baja, intermedia, alta y muy alta. Las categorías muy alta y alta se reagruparon en satisfacción alta, y las correspondientes a baja y muy baja en satisfacción baja.

Satisfacción global laboral, con predominio de la dimensión del logro, en porcentaje.

Nivel de satisfacción	1992 (85 médicos)	1998 (72 médicos)
Muy alta	11.8	16.7
Alta	43.5	38.9
Intermedia	30.6	27.7
Baja	11.7	12.5
Muy baja	2.4	4.2

(Villagómez, 2003)

En 1997 se realiza un estudio exploratorio, de predominio cualitativo, con análisis transversal de la información, cuyo objetivo fue caracterizar los factores que inciden en la cultura organizacional y su influencia en la satisfacción de los médicos y los pacientes en la atención médica y en otros servicios; con un nivel de confianza del 0.6.

Indicador	% de satisfacción en médicos	% de satisfacción en pacientes
Satisfacción por la solución a los problemas de salud	92	74
Calidad general de los servicios	68	75
Continuidad en los servicios	52	84
Coordinación con otros servicios	52	81

(Montero-Chacón, 1998)

III. METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio transversal descriptivo donde se estudiaron cinco unidades de medicina familiar (2, 9, 13,14 y 16) del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Querétaro en el mes de mayo y junio 2006.

La población de estudio estaba constituida por todos los médicos que laboraban en las cinco unidades de medicina familiar con las siguientes características: ser especialistas en medicina familiar, tener un año o más de experiencia con el expediente clínico electrónico durante el proceso de la atención médica.

Se incluyeron a todos los pacientes usuarios de las unidades de medicina familiar (2, 9, 13, 14 y 16) con edad igual o mayor de 18 años, que tuvieran al menos dos consultas al médico familiar en el año de estudio (2006), estar vigentes en su afiliación y que aceptaran participar en el estudio. Para todos los efectos, se han considerado como paciente usuario a la persona que acudió a recibir consulta el día de la encuesta. Solamente en los casos de pacientes menores de edad fueron los familiares acompañantes quienes respondieron a la encuesta, en su nombre y no en el del menor al que acompañaban.

De un total de 122 médicos y 431,545 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se obtuvo un tamaño de muestra de 72 médicos y 172 pacientes con la fórmula de porcentajes para población finita, con una $p=0.80$, $z=1.64$ y $d=0.05$, los cuales se repartieron en forma proporcional, de acuerdo al número de médicos y pacientes pertenecientes a cada una de las unidades de medicina familiar.

Cuadro 3.1 Distribución proporcional del tamaño de muestra para los médicos.

UMF	PORCENTAJE	MUESTRA
2	13	9
9	21	15
13	30	22
14	10	7
16	26	19
Total	100	72

Cuadro 3.2 Distribución proporcional del tamaño de muestra para los pacientes.

UMF	PORCENTAJE	MUESTRA
2	12	21
9	25	43
13	29	50
14	10	17
16	24	41
Total	100	172

Se programó la recolección de datos durante cinco semanas consecutivas del mes de mayo y junio 2006, dedicando una semana para estudiar cada unidad de medicina familiar.

El número de médicos a estudiar de cada unidad, se seleccionó aleatoriamente (EPI-INFO), considerando el número de consultorios tanto en el turno matutino como vespertino. Para facilitar la aplicación del cuestionario por parte del investigador, el total de médicos por unidad de medicina familiar, se dividió entre cinco días hábiles hasta completar el tamaño de muestra.

El tamaño de muestra de los pacientes de cada unidad de medicina familiar, se dividió en forma proporcional al número de sus consultorios, tomando en cuenta los dos turnos (matutino y vespertino), obteniéndose así, el total de pacientes a estudiar por consultorio. Posteriormente se dividió, el total de los

consultorios por unidad médica, entre los cinco días hábiles de la semana para facilitar la aplicación de las encuestas. Se seleccionó aleatoriamente los pacientes por consultorio (anotados en la agenda electrónica) el día y turno correspondiente del estudio, por medio del paquete estadístico EPI-INFO (lap top), cuando los pacientes seleccionados no cumplían con los criterios de inclusión, se elegía el siguiente inmediato en la agenda de citas del expediente clínico electrónico. Siempre con participación de la asistente médica de cada consultorio, e iniciando en orden ascendente por número de consultorio.

Se obtuvieron variables sociodemográficas tanto en los médicos (edad, sexo, antigüedad laboral, tiempo de trabajar con el expediente clínico electrónico), como en los pacientes (edad, sexo, escolaridad, ocupación), la satisfacción del médico (al realizar la nota médica, al realizar la solicitud para estudios de laboratorio, al realizar la referencia a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad médica y elaborar la receta médica) con el expediente clínico electrónico durante el proceso de la atención médica, y la satisfacción del paciente (durante el interrogatorio médico, durante la exploración física, durante la explicación del padecimiento, al realizarle la solicitud para estudios de laboratorio, al elaborarle la referencia a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad médica y al elaborarle la receta médica) con el expediente clínico electrónico durante el proceso de la atención médica.

Se consideró como satisfacción del médico al realizar la nota médica, al realizar la solicitud para estudios de laboratorio, al realizar la referencia a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad médica y elaborar la receta médica a la percepción de bienestar del médico de haber cumplido con sus intereses, al realizar la nota médica, al realizar la solicitud para estudios de laboratorio, al realizar la referencia a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad médica y elaborar la receta médica, respectivamente, utilizando el expediente clínico electrónico.

Se consideró como satisfacción del paciente durante el interrogatorio médico, durante la exploración física, durante la explicación del padecimiento, al realizarle la solicitud para estudios de laboratorio, al elaborarle la referencia a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad médica y al elaborarle la receta médica a la percepción de bienestar del paciente de haber cumplido con sus intereses durante el interrogatorio que le realiza el médico, durante la exploración física, durante la explicación de su padecimiento, al realizarle la solicitud para estudios de laboratorio, al elaborarle la referencia a segundo nivel de atención, al expedir la incapacidad médica y elaborarle la receta médica, respectivamente, utilizando el expediente clínico electrónico.

Se aplicó un cuestionario que incluyó las variables ya descritas, antes de la consulta y en relación a la última recibida en el año en curso, previa aceptación del médico y de los pacientes de participar en el estudio.

Para elaborar el instrumento de evaluación, el primer paso consistió en recoger proposiciones relativas a la satisfacción del médico y del paciente con el expediente clínico electrónico en las diferentes unidades de medicina familiar y de la diversidad de la literatura. Con la finalidad de medir la consistencia y homogeneidad de las proposiciones recogidas, éstas se aplicaron a un grupo de 16 médicos (médicos generales, residentes de medicina familiar y especialistas en medicina familiar) y 32 pacientes usuarios de las distintas unidades médicas que quisieron voluntariamente participar en el estudio. Cada uno de los entrevistados indicó su opinión de cada una de las proposiciones otorgadas, posteriormente se desearon los ítems de las proposiciones no significativos, se elaboró un primer cuestionario que fue pilotado valorando la aplicabilidad del instrumento a un grupo de 7 médicos y 17 pacientes en la unidad de medicina familiar no. 16 y finalmente, se modificó la redacción de algunos ítems, elaborándose el cuestionario definitivo.

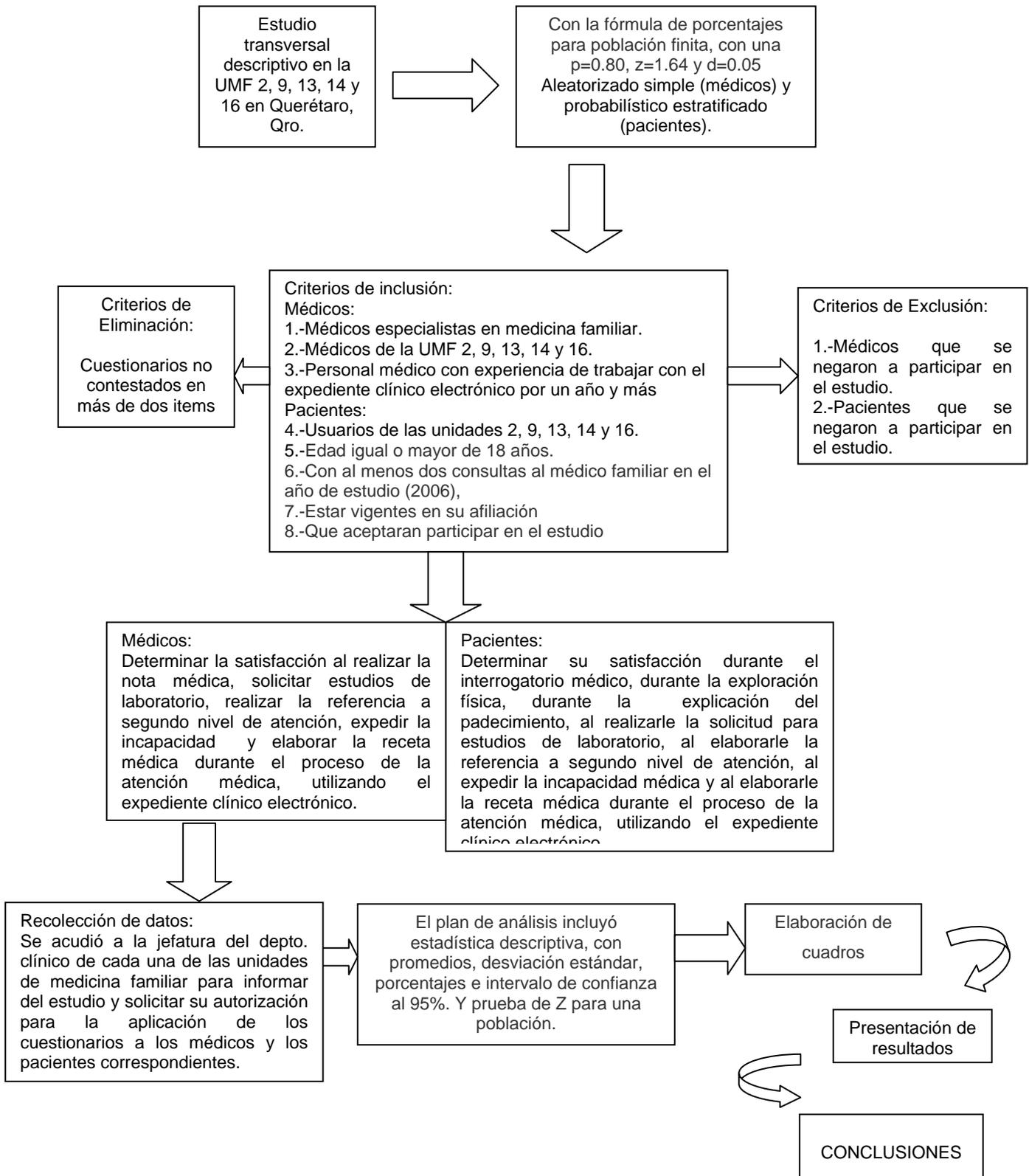
Se valoró la satisfacción en la calidad de la atención médica en el médico y en el paciente, a través de la calificación del 0 al 10 que el médico y paciente mencionó en cada uno de los ítems.

La evaluación de la satisfacción obtenida se agrupó en categorías: 9.1 a 10= muy satisfecho, 8.1 a 9= satisfecho, 7.1 a 8= regularmente satisfecho, 6.1 a 7= insatisfecho y 6 o menos= muy insatisfecho.

Posteriormente la categoría de muy satisfecho y satisfecho se consideraron para la satisfacción global tanto del médico como del paciente.

El plan de análisis incluyó estadística descriptiva, con promedios, desviación estándar, porcentajes e intervalo de confianza al 95%. Y prueba de Z para una población. Con elaboración de cuadros para su presentación.

METODOLOGÍA



IV. RESULTADOS

De un total de 72 médicos, predominó el sexo masculino con 58%, la edad promedio fue de 46.00 ± 8.37 años, sobresalió la antigüedad laboral de 21 a 25 años. Cuadro 4.1

Con un total de 172 pacientes, predominó el sexo femenino con 65.1%, la edad promedio fue de 40.90 ± 14.92 años, destacó el nivel primaria con 32.6%, seguido por nivel secundaria con 30.8%. Cuadro 4.2

Cabe destacar que en los médicos el 31.9 % (IC 95%; 21.2-42.7) están muy satisfechos y el 25.0% (IC 95%; 15.0-35.0) están satisfechos al realizar la nota médica con el expediente clínico electrónico, es decir, más de la mitad de los médicos entrevistados están satisfechos. Cuadro 4.3

En cuanto a la satisfacción de realizar la solicitud para estudios de laboratorio con el expediente clínico electrónico, sólo el 26.5% (IC 95%; 16.2-36.6) de los médicos están muy satisfechos y el 7.5% (IC 95%; 1.4-13.6) están satisfechos. Cuadro 4.4

Los médicos consideran al expediente clínico electrónico un excelente recurso para elaborar la referencia a segundo nivel de atención ya que, el 59.2% (IC 95%; 47.8-70.6) están muy satisfechos y el 21.1% (IC 95%; 11.7-30.5) están satisfechos. Cuadro 4.5

Al expedir la incapacidad médica el 43.1% (IC 95%; 31.6-54.5) de los médicos están muy satisfechos y el 26.4% (IC 95%; 16.2-36.6) están satisfechos, lo cuál indica que probablemente en poco tiempo se obtendrá mayor satisfacción a través de la práctica. Cuadro 4.6

En la elaboración de la receta médica, el 35.2% (IC 95%; 24.2-46.2) de los médicos están muy satisfechos y el 19.7% (IC 95%; 10.5-28.9) están satisfechos, es importante mencionarlo ya que, se esperaba haber encontrado un porcentaje mayor al considerar que los medicamentos están descritos en el expediente electrónico y sólo se selecciona los medicamentos a prescribir. Cuadro 4.7

En general, los médicos están muy satisfechos en un 31.9 (IC 95%; 21.1-42.7) y satisfechos en un 44.5% (IC 95%; 32.9-55.9) con el expediente clínico electrónico, considerado una herramienta que facilita el trabajo del médico durante el proceso de la atención médica. Cuadro 4.8

Más de la mitad de los pacientes están muy satisfechos y satisfechos 43.6% (IC 95%; 36.2-51.0) y 16.3% (IC 95%; 10.8-21.8), respectivamente, con el interrogatorio que realiza su médico durante el proceso de la atención médica, utilizando el expediente clínico electrónico. Cuadro 4.9

Cuadro 4.1 Distribución de los médicos por grupo de edad.

Grupos de Edad (años)	Casos n=72	Porcentaje
29-34	11	15.1
35-40	8	11.2
41-46	10	14
47-52	26	36.1
53-58	16	22.2
Mas de 59	1	1.4
Total	72	100

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.2 Nivel de escolaridad en los pacientes.

Características	Porcentaje
Escolaridad	
Analfabeta	1.2
Primaria	32.6
Secundaria	30.8
Bachillerato	24.4
Profesionista y más	11

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.3 Nivel de satisfacción de los médicos al realizar la nota médica con el expediente clínico electrónico.

Nota médica	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	31.9	21.2	42.7
Satisfecho	25.0	15.0	35.0
Regularmente satisfecho	29.2	18.7	39.7
Insatisfecho	9.7	2.9	16.6
Muy insatisfecho	4.2	0	8.8

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.4 Nivel de satisfacción de los médicos al realizar la solicitud para estudios de laboratorio con el expediente clínico electrónico.

Laboratorio	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	26.5	16.2	36.6
Satisfecho	7.5	1.4	13.6
Regularmente satisfecho	24.5	14.6	34.4
Insatisfecho	7.5	1.4	13.6
Muy insatisfecho	34.0	23.1	44.9

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.5 Nivel de satisfacción de los médicos al elaborar la referencia a segundo nivel de atención.

Envío a segundo nivel de atención	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	59.2	47.8	70.6
Satisfecho	21.1	11.7	30.5
Regularmente satisfecho	12.7	5.0	20.4
Insatisfecho	2.8	0	6.6
Muy insatisfecho	4.2	0	8.8

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.6 Nivel de satisfacción de los médicos al expedir la incapacidad médica con el expediente clínico electrónico.

Expedir incapacidad	porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	43.1	31.6	54.5
Satisfecho	26.4	16.2	36.6
Regularmente satisfecho	23.5	13.8	33.4
Insatisfecho	2.8	0	6.6
Muy insatisfecho	4.2	0	8.8

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.7 Nivel de satisfacción de los médicos al elaborar la receta médica con el expediente clínico electrónico.

Expedir receta médica	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	35.2	24.2	46.2
Satisfecho	19.7	10.5	28.9
Regularmente satisfecho	29.6	19.1	40.1
Insatisfecho	7.0	1.1	12.9
Muy insatisfecho	8.5	2.1	14.9

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.8 Nivel de satisfacción global de los médicos con el expediente clínico electrónico.

Satisfacción global	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	31.9	21.1	42.7
Satisfecho	44.5	32.9	55.9
Regularmente satisfecho	15.3	7.0	23.6
Insatisfecho	8.3	1.9	14.7
Muy insatisfecho	0	0	0

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.9 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico, durante el interrogatorio en el proceso de la atención médica.

Interrogatorio	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	43.6	36.2	51.0
Satisfecho	16.3	10.8	21.8
Regularmente satisfecho	25.0	18.5	31.5
Insatisfecho	6.4	2.7	10.1
Muy insatisfecho	8.7	4.5	12.9

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Al igual que con el interrogatorio, más de la mitad de los pacientes están muy satisfechos y satisfechos, 44.8% (IC 95%; 37.3-52.2) y 13.4% (IC 95%; 8.3-18.5) respectivamente, con el uso del expediente clínico electrónico durante la exploración física que realiza su médico durante el proceso de la atención médica. Cuadro 4.10

La mayoría de los pacientes están satisfechos con el expediente clínico electrónico, el 44.2% (IC 95%; 36.8-51.6) están muy satisfechos y el 15.1% (IC 95%; 9.8-20.5) están satisfechos cuando el médico les explica su padecimiento durante el proceso de la atención médica. Sin embargo cerca del 41% están regularmente satisfechos, insatisfechos y muy insatisfechos, lo cual indica que falta por mejorar la calidad de la satisfacción durante el proceso de la atención médica. Cuadro 4.11

La mayoría de los pacientes están satisfechos de que la solicitud para estudios de laboratorio sea realizada con el expediente clínico electrónico, el 51.2% (IC 95%; 43.7-58.6) están muy satisfechos y el 10.5% (IC 95%; 5.9-15.0) están satisfechos. Cuadro 4.12

Sólo el 47.1% (IC 95%; 39.6-54.6) de los pacientes están muy satisfechos y el 8.7% (IC 95%; 4.5-12.9) están satisfechos con la elaboración de la referencia a segundo nivel con el expediente clínico electrónico, pero falta aun más por mejorar la calidad de la atención médica, de tal manera que aumente la satisfacción en los pacientes. Cuadro 4.13

A diferencia de los médicos, los pacientes están insatisfechos con el formato emitido para la incapacidad médica con el expediente clínico electrónico, sólo el 18.6% (IC 95%; 12.8-24.4) están muy satisfechos y el 2.9% (IC 95%; 0.4-5.4) están satisfechos. Cuadro 4.14

Una de las más grandes ventajas para los pacientes es recibir una receta médica con letra clara, legible y que especifique la dosificación de los medicamentos indicados para la patología a tratar, lo cuál es demostrado con los resultados obtenidos ya que, el 80.8% (IC 95%; 74.9-86.7) están muy satisfechos y el 7.6% (IC 95%; 3.6-11.5) está satisfecho con este rubro. Cuadro 4.15

En los pacientes el 54.7% (IC 95%; 47.3-62.1) están muy satisfechos y el 28.5% (IC 95%; 21.8-35.2) están satisfechos, en forma general con el uso del expediente clínico electrónico durante el proceso de la atención médica ya que es un recurso que forma parte del área técnica para proporcionar un mejor servicio al paciente. Cuadro 4.16

No se aceptó la hipótesis establecida para los médicos, ya que con éste estudio, menos del 80% de los médicos están satisfechos con el expediente Clínico Electrónico, sólo se aproxima el hecho de poder realizar el envío a segundo nivel con 79.1%. Cuadro 4.17

En cuanto a los resultados obtenidos de los pacientes en este estudio, sólo se mantuvo con un porcentaje mayor a 80%, el hecho de poder obtener la receta médica elaborada con el expediente clínico electrónico. Cuadro 4.18

Cuadro 4.10 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico, al realizar su médico, la exploración física durante el proceso de la atención médica.

Exploración física	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	44.8	37.3	52.2
Satisfecho	13.4	8.3	18.5
Regularmente satisfecho	22.1	15.9	28.3
Insatisfecho	8.7	4.5	12.9
Muy insatisfecho	11.0	6.4	15.7

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.11 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico durante la explicación que realiza su médico.

Explicación del padecimiento	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	44.2	36.8	51.6
Satisfecho	15.1	9.8	20.5
Regularmente satisfecho	22.7	16.4	28.9
Insatisfecho	7.0	3.2	10.8
Muy insatisfecho	11.0	6.4	15.7

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.12 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico y la solicitud para estudios de laboratorio.

Laboratorio	porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	51.2	43.7	58.6
Satisfecho	10.5	5.9	15.0
Regularmente satisfecho	8.1	4.1	12.2
Insatisfecho	3.5	0.7	6.2
Muy insatisfecho	26.7	20.1	33.4

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.13 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico al elaborarles la referencia a segundo nivel de atención, en caso de requerirlo.

Envío a segundo nivel	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	47.1	39.6	54.6
Satisfecho	8.7	4.5	12.9
Regularmente satisfecho	7.0	3.2	10.8
Insatisfecho	3.5	0.7	6.2
Muy insatisfecho	33.7	26.7	40.8

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.14 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico al expedir la incapacidad médica, en caso de requerirlo.

Expedir incapacidad	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	18.6	12.8	24.4
Satisfecho	2.9	0.4	5.4
Regularmente satisfecho	4.1	1.1	7.0
Insatisfecho	1.2	0.0	2.8
Muy insatisfecho	73.2	66.6	79.9

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.15 Nivel de satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico al elaborarles la receta médica, en caso de requerirlo.

Expedir receta médica	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	80.8	74.9	86.7
Satisfecho	7.6	3.6	11.5
Regularmente satisfecho	5.2	1.9	8.6
Insatisfecho	2.9	0.4	5.4
Muy insatisfecho	3.5	0.7	6.2

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.16 Nivel de satisfacción global de los pacientes con el expediente clínico electrónico.

Satisfacción Global	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Muy satisfecho	54.7	47.3	62.1
Satisfecho	28.5	21.8	35.2
Regularmente satisfecho	9.3	5.0	13.6
Insatisfecho	5.8	2.3	9.3
Muy insatisfecho	1.7	0.0	3.6

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.17 Comprobación de hipótesis en los médicos, prueba de z para una población.

Satisfacción	Hipótesis	Resultado	Z	P	Acepta
Nota Medica	80%	56.9	-4.1	>0.05	NO
Laboratorio	80%	25	-10.78	>0.05	NO
Envío	80%	79.1	-0.21	>0.05	NO
Incapacidad	80%	69.5	-2.02	>0.05	NO
Receta	80%	54.1	-4.43	>0.05	NO

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

Cuadro 4.18 Comprobación de hipótesis en los pacientes, prueba de z para una población.

Satisfacción	Hipótesis	Resultado	Z	P	Acepta
Interrogatorio.	80%	59.9	-5.6	>0.05	NO
Exploración	80%	58.2	-5.85	>0.05	NO
Explicación	80%	59.3	-5.6	>0.05	NO
Laboratorio	80%	61.7	-5.11	>0.05	NO
Envío	80%	55.8	-6.59	>0.05	NO
Incapacidad	80%	21.5	-19	>0.05	NO
Receta	80%	88.4	3.23	<0.05	SI

Fuente: Encuestas realizadas en las unidades de Medicina Familiar (2, 9, 13, 14 y 16), IMSS, Querétaro, de Abril – Mayo 2006.

DISCUSIÓN

Más de la mitad de los médicos están satisfechos con el expediente clínico electrónico al realizar la nota medica, sin embargo aún es insuficiente, quizá por la poca experiencia que se tiene al trabajar con la computadora y por ende, con el expediente clínico electrónico. Curioso (2002).

Se espera que en un futuro el nivel de satisfacción de los médicos se incremente ya que, es una herramienta que puede ahorrar tiempo en la consulta que se otorga a los pacientes (Bretones, 1989; Bellón-JA, 2001).

Cerca del 60% de los médicos estuvieron insatisfechos con la solicitud de laboratorio a través del expediente clínico electrónico, debido a que es una parte del expediente clínico electrónico que aún se esta implementando, y por lo tanto, tiene muchas fallas para la solicitud electrónica, que implica más tiempo que si se realizaran las solicitudes en forma manual.

En cuanto la referencia a segundo nivel de atención, la satisfacción de los médicos es cercana al 80%, probablemente el poder elaborar la referencia a segundo nivel sin tener que volver a plasmar el resumen médico ya que, con esta herramienta de forma automática se incorpora al formato correspondiente.

El expedir una incapacidad médica implica una exactitud de los días que se otorgan y se acumulan de incapacidad, asimismo, las fechas correctas de la expedición de las mismas. Con el expediente clínico electrónico ya se tiene el conteo específico y las fechas precisas; el ahorro de tiempo es el motivo de satisfacción para expedir la incapacidad electrónicamente sin embargo, cuando no se está bien requisitada también implica una demora de tiempo y más, cuando no se está familiarizado con el formato en el expediente clínico electrónico.

Es de esperarse que la receta médica fuera el formato más fácil de elaborar a través del expediente clínico electrónico, ya que se tiene plasmada la descripción específica de los medicamentos, sin embargo, sólo el 55% de los médicos están satisfechos; probablemente por los constantes desabastos que obligan al médico a repetir y cancelar frecuentemente la receta por falta de los fármacos y por la falta de orden en que se registran las recetas en el expediente clínico electrónico (ECE). Se requiere mejorar el programa electrónico con la finalidad de especificar la descripción de los medicamentos, cuándo se tiene o no el medicamento solicitado o prescrito y así, evitar mas trabajo al medico.

La satisfacción global de los médicos señala que dos de cada tres médicos están muy satisfechos y satisfechos con el expediente clínico electrónico, incluso, es probable que se incremente en base a la práctica tanto con la computadora como con el programa. Resultados similares a los obtenidos se observaron en España y en Perú (García, 1993; Curioso, 2002) y en las encuestas realizadas por atención primaria en España (Servicio Andaluz de Salud, 2004).

La satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico es del 60% durante el interrogatorio, la exploración física y la explicación médica de su padecimiento, de igual manera, al realizarle la solicitud para estudios de laboratorio y al elaborarle la referencia a segundo nivel de atención cuando el médico se los indica durante la atención médica y éste hace uso del expediente clínico electrónico (Garrido, 1988; González 1998). Es un porcentaje alto, ya que es más de la mitad de los pacientes sin embargo, aun dista de los porcentajes esperados.

No se debe olvidar que el expediente clínico electrónico tiene relativamente poco tiempo en las unidades de medicina familiar, y la mayoría de los pacientes se han adaptado a este nuevo sistema de implementar la consulta médica, lo cual implica un proceso paulatino de mejora con tendencia al beneficio tanto del médico como del paciente (Tooker, 2005), enfocado a la calidad de la atención

médica en el aspecto interpersonal del binomio médico-paciente (Bellón et al, 1995).

En cuanto a la expedición de la incapacidad médica con el expediente clínico electrónico, cerca de dos terceras partes de los pacientes están satisfechos con la elaboración de la incapacidad con este formato, probablemente por que no se tiene una predilección por uno de los dos formatos (manual, electrónico), para expedir su incapacidad.

De igual manera, hay una satisfacción cercana al 90% en los pacientes al recibir la receta médica con el formato elaborado por el expediente clínico electrónico, ya que probablemente es una gran ventaja poder leer las indicaciones de los medicamentos con una letra legible, comparada con la receta médica manual donde la letra de quien prescribía los mismos, rara vez podía entenderse.

La satisfacción de los pacientes con el expediente clínico electrónico es superior al 80% durante el proceso de la atención médica, aspecto físico a evaluar en este estudio, similar al 86% de satisfacción obtenida en una unidad de medicina familiar en Baja California (Tovar A, 2003; Pérez, 2005).

Se considera que la relación médico-paciente esta siendo afectada, porque el médico no ha logrado evitar la distracción que implica trabajar con el expediente clínico electrónico (Sogi, 2006; Sandúa, 2006). El cuál, tiene como finalidad ser una herramienta útil para el trabajo del médico que le permita acceder a la información del paciente y no, obstaculice el proceso de la atención medica (Girón M, 2002).

De ahí que, el reto con los médicos especialistas en medicina familiar sea la perfección y el uso adecuado del expediente clínico electrónico como un recurso (amenidades) para mejorar la calidad de la atención médica, siendo las unidades de medicina familiar las pioneras en este recurso de la tecnología, para ir

implementando el expediente de cada paciente y se pueda acceder a éste en todas las unidades de atención médica y en todos los servicios de salud en beneficio del paciente. (Sánchez-Luna, 1994; Irigoyen, 2002).

CONCLUSIONES

La satisfacción con el expediente clínico electrónico durante el proceso de la atención médica, es más alta en los pacientes que en el personal médico.

Más de la mitad de los médicos están muy satisfechos con el expediente clínico electrónico.

Más de dos terceras partes de los pacientes están muy satisfechos con el expediente clínico electrónico.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Aguirre Gas H. 1990. Evaluación de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de la unidad médica. *Salud Pública Mex.* 32:170-181.

American College of Physicians. 2004. Health information technology, improving quality and value of patient care. Statement of the American College of Physicians to the House Committee on Energy and Commerce, Subcommittee on Health.

Bascuñan ML. 2005. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile.* 133(1):11-16.

Bellón JA. 2001. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 24(2):7-14.

Bellón JA. 2000 Los 1500 pacientes por médico y los 10 minutos por paciente. *El Médico.* 75: 12-15.

Bellón JA, Martínez T. 2001. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Prim.* 27(7): 452-458.

Bellón JA, Molina F, Panadero A. 1995. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Aten Prim.* 15: 439-444.

Borrel F, Esteban J. 1985. Análisis de la calidad de la Historia Clínica en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2: 11-15.

- Bretones AC, Sánchez RJE. 1989. Construcción y validación de una Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 6: 312-316.
- Burt C, Hing E. 2005. Use of computerized clinical support systems in medical settings: United States, 2001-03. CDC Division of Health Statistics. 2001-2003.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Curioso W, Saldías J, Zambrano R. 2002. Historias clínicas electrónicas, satisfacción por parte del personal de salud y pacientes. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 15(1): 10-19.
- Donabedian A. 1999. *La calidad de la atención médica*. Reimpresión. Michigan: La Prensa Médica Mexicana.
- Franco JA, Pecci C. 2003. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina B*. Aires. 63(2):111-118.
- García BS, Agra VY, Martínez MM, Martín GD, Sierra GB, et al. 1993. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los Centros de Atención Primaria. *Medifam*. 3(3): 138-144.
- García OLM, Gervás JJ. 1991. El Ordenador en Atención Primaria: sueño y realidad. *Aten Primaria*. 8: 12-20.

- Garrido GJ, De la Cueva SM, Del Pozo JA, Martín MB, González CA, et al. 1988. Análisis de una encuesta de satisfacción en el centro de salud Ávila-norte. Rev Pública de Castilla León. 1(7): 11-16.
- Girón M, Bevià B, Medina E, Talero. 2002. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 76(5):561-575.
- González MR. 2004. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Rev. Cubana Salud Pública. 30(2):0-0.
- González JC, Perxachs LJ, Quesada M, Solanas P. 1998. Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria. Atención Primaria. 22: 514-520.
- Ibern RP. 1992. La medida de la satisfacción sanitaria. Gac Sanit. 6: 176-185.
- IMSS. 2006. Expediente Clínico Electrónico. IMSS. Expediente Clínico Electrónico. Primer Nivel de atención.
- Irigoyen. 2002. Nuevos fundamentos de medicina familiar. 2ª ed. México D.F: Medicina familiar mexicana: 93.
- John T, MD, MBA, FACP. 2005. Health Information Technology: Improving Quality and Value of Patient Care. 1(2):20-24.
- Leal-Quevedo F. 2003. La palabra y el silencio en la comunicación médico-paciente. Arch.argent.pediatr. 101(1):54-56.
- Loayssa LJR, González GFM. 2006. Percepciones de los médicos sobre la relación con el paciente, un estudio con mapas conceptuales. J. D. Novak.

- Martínez V, Peiró JM, Ramos J. 2001. Calidad de servicio y satisfacción del cliente. Madrid: Síntesis.
- Marzo JC, Martínez TV, Ramos J, Peiró J. 2002. La satisfacción del usuario desde el modelo de la confirmación de expectativas. Respuestas a algunos interrogantes. *Psicothema*. 14: 765-770.
- Maslow A. 1982. La amplitud del potencial de la naturaleza humana. México, D.F.: Trillas.109.
- Mateos SC, Criado AA, Martínez de la IJ, Pérula de T, Jiménez GC, et al. 1988. Análisis del grado de satisfacción de la población atendida en el Centro de Salud Huerta de la Reina de Córdoba. *Aten Primaria*. 5(4): 192-196.
- Montero-CD. 1998. Los factores de la cultura organizacional y su relación en la satisfacción de los médicos y los pacientes en la consulta externa. *Rev. Cienc. Adm. Financ. Secur. Soc*. 6:1409-1416.
- Nutting PA, Burkhalter BR, Carney JP, Gallagher KM. 1991. Métodos de evaluación de la calidad en Atención Primaria. Guía para clínicos. Barcelona. SG Editores.
- Ong LML, De Haes CJM, Hoos AM, Lammes FB. 1995. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 40: 903-918.
- Palacios E, Jadresic E, Palacios F, Miranda C, Domínguez R. 2002. Percepción del paciente infértil acerca del equipo médico tratante. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 67(1):25-29.

- Pérez de AB, García DP. 2005. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Enfermer.* 21(2):1-1.
- Prados JA. 1992. Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 16: 209-216.
- Robbins SP. 1987. *Comportamiento organizacional.* México, D.F.: Prentice Hall 93.
- Rodríguez LE. 1986. Las escalas como medida de la Satisfacción con la atención médica en Andalucía. *Gac Sanit.* 5(30):237-241.
- Ruiz R, Prados JA, Alba M, Bellón JA, Pérula L. 2001. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GHATA-RES. *Aten Prim.* 27: 49-477.
- Salinas OC, Laguna CJ, Mendoza MM. 2001. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Atención Primaria.* 2
- Sánchez Luna G. 1994. El reto actual de la medicina familiar en México. *Revista Médica IMSS.* 32 (4): 355-357.
- Sandúa JM, Sangrós FJ, Merino F, Maquirriain M, Fernández L, et al. 2006. ¿Distorsiona el ordenador personal la relación entre el médico y su paciente? *ANALES, suplemento 3.*
- Santana MP, Galicia JL, Martínez GA, García MJ. 2006. Apoyo a las actividades médicas a través de los servicios web basados en el HL7/CDA. Centro de Investigación Científica y de Educación Superior de Ensenada, B.C., México.
- Servicio Andaluz de Salud. 2004. Encuestas en consulta externa de atención primaria y en hospitales.

- Sogi C, Zavala S, Oliveros M, Salcedo C. 2006. Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *An Fac Med Lima*. 67(1):30-37.
- Tovar A, Figueroa N. 2003. Satisfacción de los usuarios de los servicios de atención médica en consulta externa, turno vespertino de la UMF N0.28 del IMSS, en Mexicali, Baja California. *Atención Primaria*. 3:24.
- Tooker J. 2005. The importance of measuring quality and performance in healthcare. *Med Gen Med*. 7(2).
- Varela J, Galego P. 2001. Bases para a mellora continua da calidade dos servicios de saúde. Santiago: Xunta de Galicia.
- Villagómez AM, Hernández CA, Villarreal RE. 2003. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. *Rev Med IMSS*. 41(5):399-405.
- Werther W. 1988. Administración de personal y de recursos humanos. México, D.F.: Mc Graw Hill.185.
- Zea AF. 2000. Fundamentos de la relación médico-paciente. *Revista de gastroenterología*. 15(4): 227-237.
- Zeithalm VA, Parasuraman A, Berry II. 1993. Calidad Total en la gestión de servicio. Madrid. Díaz de Santos.

APÉNDICE

Hojas de recolección de Datos
Médicos.

SATISFACCIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO DURANTE EL
PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA
FAMILIAR (MÉDICOS)

Sexo: _____ Edad: _____ UMF: _____

Turno: _____ Consultorio: _____ .

Antigüedad laboral: _____ Especialidad: _____

Tiempo de trabajar con el expediente clínico electrónico, en años: _____

Asignar a cada una de las preguntas, una respuesta con base a la escala del 0 al 10.

1.- ¿Qué tan satisfecho está usted, al realizar la nota médica, utilizando el expediente clínico electrónico (ECE)?

R=_____

2.- ¿Del 0 al 10 que tan satisfecho está usted, al solicitar los exámenes de laboratorio a sus pacientes, a través del ECE?

R=_____

3.- ¿Qué tan satisfecho está usted, al realizar la referencia a segundo nivel de atención, utilizando el ECE?

R=_____

4.- ¿Del 0 al 10 que tan satisfecho está usted, al expedir la incapacidad a sus pacientes a través del ECE?

R=_____

5.- ¿Qué tan satisfecho está usted, al expedir la receta médica utilizando el ECE?

R=_____

ECE = Expediente clínico electrónico.

SATISFACCIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO DURANTE EL
PROCESO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LAS UNIDADES DE MEDICINA
FAMILIAR (USUARIOS)

Sexo: _____ Edad: _____ UMF: _____

Turno: _____ Consultorio: _____ .

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Asignar a cada una de las preguntas, una respuesta con base a la escala del 0 al 10.

1.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, cuando el médico lo interroga sobre su padecimiento, utilizando el expediente clínico electrónico?

R= _____

2.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, con la exploración física que le realiza el médico, durante la consulta médica, utilizando el expediente clínico electrónico?

R= _____

3.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, con la explicación que le da el médico sobre su padecimiento, utilizando el expediente clínico electrónico?

R= _____

4.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, al recibir las solicitudes para estudios de laboratorio, elaboradas con el expediente clínico electrónico?

R= _____

5.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, al recibir la referencia a segundo nivel de atención, elaborada con el expediente clínico electrónico?

R=_____

6.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, al recibir el formato de su incapacidad, utilizando el expediente clínico electrónico?

R=_____

7.- ¿Del 0 al 10, qué tan satisfecho está usted, al recibir la receta médica elaborada con el expediente clínico electrónico?

R=_____

8.- ¿Es usted diabético?

R=_____

9.- ¿Padece usted presión arterial alta?

R=_____