

11226
2 ej 8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**SATISFACCION DE LA ATENCION MEDICA EN
USUARIOS DE LA CLINICA MARINA NACIONAL
DEL ISSSTE, 1987**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
POSTGRADO DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

EL DR: UZZIEL BARRON VILLASEÑOR

MAYO

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE GENERAL

	Pág.
- DEDICATORIAS.....	I
- INTRODUCCION.....	1
- CONCEPTOS GENERALES SOBRE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA (Estructura, Proceso, y Resultado).....	4
- DEFINICIONES DE CALIDAD DE LA ATENCION:	
Concepto unificador.....	6
Concepto absolutista.....	6
Concepto individualista.....	7
Concepto Social.....	7
- CONCEPTOS ASPECIFICOS SOBRE SATISFACCION DE PACIENTES... 9	9
- CONCEPTO DE SATISFACCION DE PACIENTES.....	11
- DETERMINACION DEL NIVEL DE SATISFACCION.....	12
- CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE PACIENTES.....	17
- DIMENSIONES DE LA ATENCION MEDICA.....	17
- DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMA- CION.....	20
PROBLEMA.....	23
JUSTIFICACION.....	23
OBJETIVOS.....	24
TIPO DE ESTUDIO.....	24
POBLACION.....	24
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	25

INDICE GENERAL

	pág.
MATERIAL Y METODOS.....	25
ANALISIS DE DATOS.....	27
CONCLUSIONES.....	37
COMENTARIOS.....	40
RESUMEN.....	41
ANEXO 1.....	s/p
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUCCION:

Existen numerosos estudios que evalúan la " CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA " con diferente(s) objetivo(s) y utilizando diversos parámetros, como por ejemplo: Considerar la estructura de los servicios tanto física como de organización, a los costos, a las consecuencias sobre la salud, y en mucho menor escala, aquellos estudios que determinan la opinión de los pacientes como una medida de evaluación de los servicios médicos (5)(4)(26).

El presente documento muestra un panorama referente a estudios que evalúan la ATENCION con sus diferentes enfoques generales para así, centrarse sobre aquellos estudios que determinan a " La calidad de la atención " en función a la satisfacción de los pacientes que reciben atención en un primer nivel.

Así, para evaluar a los servicios de salud, se requiere entender el significado de la " ATENCION MEDICA " y de los niveles en la que ésta se divide.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención médica es definida como: " El conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al mayor número de individuos y sus familias, los recursos del diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación y fomento a la salud " . Implicándose para todo ello una serie de estrategias aplicadas en cada uno de los tres niveles de atención (1),(2).

El PRIMER NIVEL DE ATENCION es definido como: " Al conjunto de recursos: Materiales, Técnicos, Financieros, organizados --

para satisfacer eficazmente las necesidades de salud de mayor -- frecuencia y no complicadas de toda la población en un área de -- terminada " . Dirigiendo sus acciones principalmente a la promo -- ción para la salud, protección específica, técnicas de tratamien -- to y diagnóstico oportunos, rehabilitación. Permite además, el -- acceso a los demás niveles de atención. (3)

El SEGUNDO NIVEL DE ATENCION es definido: " Como al conjun -- to de recursos para la salud organizados para satisfacer eficaz, -- eficiente y oportunamente las necesidades de salud de poca fre -- cuencia o complicadas de toda la población en un área determina -- da " . Su objetivo es atender a la población ocasional en las -- cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Gineco -- logía y Pediatría, que le sean referidas de un primer nivel. Los -- recursos con los que cuenta son: especialistas de las cuatro es -- pecialidades básicas, personal paramédico que lo acompaña, Hospi -- tales de segundo nivel con el equipo necesario para el diagnosti -- co y tratamiento del padecimiento en cuestión. (3)

El TERCER NIVEL DE ATENCION es definido como " Al conjunto -- de recursos para la salud organizados para satisfacer eficaz, -- eficiente y oportunamente las necesidades de salud muy poco fre -- cuentes y/o complicadas de la población en un área determinada " Cuenta con médicos con capacitación máxima en campos muy especí -- ficos, su atención se brinda en hospitales de especialidades (ba -- sicas o no), siendo el equipo y personal técnico con que cuentan -- muy especializado. (3)

En general los estudios que hablan sobre CALIDAD DE LA --

ATENCIÓN MÉDICA pueden dividirse desde antes de 1964 en la que - más bien su publicación era escasa, y después de éste año, en el que hubo un mayor auge e interés por hacer evaluaciones sobre - servicios médicos. (13)

La literatura aquí revisada brinda diversas opiniones acerca del significado y definición de la calidad de la atención, médica, esto quizás debido a dificultades que tienen los diferentes autores en especificar los indicadores que reflejen CALIDAD.

MARCO CONCEPTUAL

I) CONCEPTOS GENERALES SOBRE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA:

En un intento de sistematizar los estudios hasta ahora publicados, el Dr Donabedian (7) divide a los sistemas de atención médica en: ESTRUCTURA, PROCESO, RESULTADO, para poder ser evaluados. La revisión de los distintos estudios publicados analiza ya sea cada uno de estos aspectos por separado, o bien, su interrelación dinámica en su objetivo de evaluación de la calidad de la atención. Otros autores como Shep, Geyndt, Dror, ofrecen categorías que dividen a los sistemas de atención, muy similares a las propuestas por Donabedian.

Para Donabedian, ESTRUCTURA la define como: " Al lugar físico donde se imparte la atención, a las políticas de salud (administrativas o de organización) , al número y tipo de personal a la continuidad de la atención médica, a su accesibilidad, su financiamiento (incluyendo sistemas de pago por paciente), al número y tipo de servicios que se ofrecen "

Para éste mismo autor PROCESO lo define como: " A la serie de actividades que se llevan a cabo entre profesionistas de la salud y pacientes, siendo éstas actividades, comportamientos normativos que derivan de la ciencia y tecnología, la ética, las normas sociales y morales que predominan en determinado momento y que tienen diferente peso según la época y tendencia que se siga "

A el RESULTADO lo define como: " A la modificación en el estado de salud, actual o futura, a la modificación del nivel de

educación para la salud, a la satisfacción resultante consecuencia directa de la atención médica recibida ". En los resultados se incluyen los efectos deseables o indeseables sobre la salud, la morbi-mortalidad; y en general, a la modificación del ámbito BIO-PSICO-SOCIAL de él o los pacientes (7),(8) .

En éste sentido, LA CALIDAD de la atención médica, puede considerarse como una propiedad de la ATENCION y que puede tener grados variables, que pueden determinarse según los atributos -- que se asignen a la ESTRUCTURA, PROCESO, O RESULTADO, el ¿ COMO ? se le asignen, ¿ QUIEN(ES) ? se encarguen de hacerlo, ¿ CUALES ? sean sus objetivos de salud o políticos y en que ¿ NIVEL(ES) de la atención médica se den. Como puede observarse es más factible y entendible que existan tantas definiciones de CALIDAD DE LA -- ATENCION MEDICA, y el reconocer que éstas se hacen de manera indirecta sobre las personas que las proporcionan y los contextos en que se dan.

Ya que la atención médica implica una relación médico-paciente o bien institución-paciente(s), se hace necesario el análisis de cada uno de los protagonistas: Médico, Paciente e Institución, así como su interrelación. En cuanto al desempeño médico éste se puede dividir en dos niveles : El técnico-científico , y el Interpersonal (7); la primera, representa la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de problemas, en cambio la segunda, representa la interacción de dos personalidades con expectativas y marcos conceptuales diferentes(16),(17),(18). Son en éstos últimos puntos en donde los sistemas de evalua --

ción enfocan su atención para definir la "calidad de la atención" (8) . De ésta manera, la evaluación, es un juicio que se hace sobre el proceso, y que emiten los técnicos y profesionales calificados y en una forma individual o colectiva. O bien, cuando --- existe poca información sobre el proceso es posible evaluarla en función al análisis de la ESTRUCTURA y/o RESULTADO en una forma retrospectiva (6). Es en realidad que en la estructura y resultado en donde se enfocan la mayoría de estudios que EVALUAN la calidad de la atención médica actual y pasada. (10)

En consideración a las diferentes variables que inciden en el PROCESO de la atención y considerando los distintos abordajes a que ha sido sujeto, el Dr Donabedian describe cuatro conceptos sobre calidad de la atención médica

1) CONCEPTO UNIFICADOR:

Es la definición ofrecida por los expertos en sistemas de salud como " Aquella clase de atenciones que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de hacer un balance entre los riesgos y beneficios que acompañan al PROCESO de la atención en todas sus partes " .

2) CONCEPTO ABSOLUTISTA:

Es la definición ofrecida por los médicos no expertos como " El tratamiento técnico capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios y riesgos a la salud " Siendo responsabilidad de los médicos realizar dicha atención, tomando en cuenta el tipo de padecimiento, su condición, y el estado actual del conocimiento científico .

3) CONCEPTO INDIVIDUALISTA:

Dado por los pacientes y en forma individual como " A la atención que satisfaga los deseos, expectativas, valores, de cada paciente " Lograndose dicha atención de diferentes modos como serían: un trato amable por parte del médico o servidores de salud, desaparición de los síntomas, curación, etcétera. La satisfacción representa el juicio que el paciente hace sobre los atributos del PROCESO, ESTRUCTURA O RESULTADO.

4) CONCEPTO SOCIAL:

Es el emitido por la colectividad como: " Al tipo de atención que satisfaga los deseos, expectativas y valores de la colectividad de demanda atención " Dicha atención es modulada por los costos (9) que ésta representa; y refleja indirectamente, los valores y necesidades sociales, al dirigir, sus " sistemas de atención " a un sistema de atención preferencial como por ejemplo: Atención al niño sano, Inmunizaciones, atención al anciano etcétera.

Como es de notarse, éstas definiciones ponen de manifiesto aquellos atributos del PROCESO que intervienen en definir a la CALIDAD DE LA ATENCION, por un lado, se encuentran los atributos científicos y tecnológicos como en el concepto absolutista, y por el otro, se ubican los atributos de tipo humanístico e interpersonal como en los conceptos individualista y social; en un intento de equilibrar ambos grupos de atributos, está el concepto unificador .

Otros autores como los citados por Attkison en su estudio

(19) no difieren en esencia de los conceptos emitidos por Donabedian.

Es útil reconocer que existen niveles de atención médica - en función a que ésta se ofrece a nivel privado o bien institucional o público, existiendo en ambas, diferencias de organización, intereses, política, y costos, tendencia hacia uno u otro modo de atención , y por lo tanto, existiendo diferentes modos - de evaluación y definiciones de calidad de atención. (9), (12), - (15).

Cuando la atención es ofrecida por grupos de profesionales hacia segmentos amplios de población, ciertos atributos se convierten en determinantes de la calidad y en una forma directa o indirecta determinantes también de la SATISFACCION, siendo tales atributos: LA ACCECIBILIDAD a los sistemas de atención médica, LA CONTINUIDAD Y COORDINACION DE la atención. Se entiende por accesibilidad cuando la atención médica es fácil de iniciarse y - mantenerse y depende de las actitudes de los pacientes y proveedores de servicios de salud y que incluye médicos, paramédicos y - personal administrativo.

Continuidad es definida como " La falta de interrupción y - un mantenimiento de la relación en las secuencias de la atención en un determinado lapso de tiempo "

Coordinación es definido como " El proceso mediante el cual los elementos y secuencias de la atención se acoplan para un propósito general en cualquier momento de la atención "

Es considerado como idóneo que la atención y continuidad -

son mejores si la responsabilidad de la atención se centra en un solo médico. Ya que esta condición es difícil en un medio institucional en donde varios médicos intervienen, los resultados de la atención se optimizan si ésta responsabilidad es transferida y aceptada honestamente por el equipo médico o de salud (7)

Algunos investigadores incluyendo Donabedian(9) consideran que otros atributos de la atención, además de los ya considerados, son determinantes importantes de la CALIDAD, tales como: La CANTIDAD de atención, los COSTOS, la CONDICION ECONOMICA del paciente y su ESTADO DE SALUD; llegando a postular estos autores - que la CALIDAD, está en relación directa con la solvencia económica del paciente, es decir a mayor solvencia, mayor calidad, siendo cierto lo contrario, y pudiendo ser los resultados sobre la salud positivos o negativos, aquí la CALIDAD está en función a los costos de diagnóstico o tratamiento y no a los resultados.

II) CONCEPTOS ESPECIFICOS SOBRE SATISFACCION DE PACIENTES:

La calidad de la atención médica es posible evaluarla a -- través de conocer un aspecto de los RESULTADOS, es decir, conociendo el nivel de SATISFACCION de los pacientes como consecuencia directa de la atención recibida, o que está recibiendo en de terminado momento o circunstancia.

Como se mencionó anteriormente, El RESULTADO se refiere a la modificación en el estado de salud, conducta o satisfacción, sean éstos positivos o negativos.

Para corroborar que lo que se obtenga como resultado sea -

atribuible a la acción a la acción del médico una vez descartando otras variables como: Edad, Sexo, Condición social, estado de salud etc, se necesita que los resultados sean sometidos a estudios de validación que pueden ser de 4 tipos: Normativos, De CAUSALIDAD, CONTRIBUCIONALES, y ATRIBUCIONALES (7).

La mayoría de estudios que consideran a los "RESULTADOS" - como instrumento de evaluación, han sido en aquellas circunstancias en la que los resultados finales en la salud han sido adversos (lesiones irreparables, incapacidades físicas, etcétera) - sirviendo éstos resultados como "establecedores" de la calidad - de la atención, lo cual desde luego, dista de serlo. Otro grupo de estudios se representan en aquellos en la que la identificación de los "RESULTADOS" que son adversos, sirve unicamente para juzgar los antecedentes del PROCESO; entre los estudios más - citados está el de Jonh Williamson en 1979, referido por Donabedian (7) .

Paralelamente con el desarrollo cada vez mayor de servicios públicos que presten atención, de un incremento cada vez mayor de su demanda, y de la necesidad de adoptar y planificar - medidas de organización más eficaces, se han desarrollado métodos que evalúan la prestación de servicios médicos, encontrando a la determinación de "SATISFACCION DE PACIENTES" como un método eficaz de evaluación, además de que éste método considera vital a la opinión de pacientes y su intervención en la organización - de los servicios de salud (14)

III) CONCEPTO DE " SATISFACCION DE PACIENTES " :

En la actualidad no existe una definición aceptada en forma general de lo que significa " SATISFACCION DE PACIENTES " pero ésta se puede concebir en un nivel dual, por un lado, de elementos obtenidos de investigaciones sobre satisfacción de clientes en asuntos de mercadotecnia; y por otro, de satisfacción de pacientes en investigaciones clínicas, de ambas investigaciones se desprende el concepto de que la satisfacción está sustentada por procesos PSICOLOGICOS y por procesos que modifican o modulan el COMPORTAMIENTO. En términos PSICOLOGICOS, la satisfacción es definida como la reacción del paciente (o consumidor) a los aspectos sobresalientes del PROCESO, ESTRUCTURA Y RESULTADO, en su experiencia con el servicio o atención recibido. En ésta definición "reacción" conota una respuesta de tipo emotivo y por lo tanto, impredecible. Y el término "experiencia" en ésta misma definición, involucra una respuesta cognocitiva; de tal manera se deduce que la satisfacción en términos psicológicos se determina al hacer comparaciones objetivas y subjetivas entre lo que se le ofrece al paciente y lo que él espera se le ofrezca de atención o servicio. (20)

El segundo concepto que sustenta a la definición de satisfacción, es decir los procesos que modifican el COMPORTAMIENTO en relación con los servicios de salud y los resultados del tratamiento como serían por ejemplo: aquellos pacientes que REGRESAN (comportamiento) a un determinado centro de salud o programa de atención médica, o aquellos pacientes que recomiendan (compor-

tamiento) a una clínica o sistema de atención. En relación con los RESULTADOS, un paciente satisfecho es visto como un participante más cuidadoso de su tratamiento, redundando éste comportamiento en un mejor resultado clínico. Cambios positivos en el estado de salud, ayudarán a mantener y mejorar la satisfacción de los pacientes. El grado de satisfacción también es visto como una sumisión o compromiso del paciente con tal o cual tratamiento recomendado .

IV) DETERMINACION DEL GRADO DE SATISFACCION :

Se han hecho numerosos estudios que determinan el nivel de satisfacción tanto en asuntos de mercadotecnia, como satisfacción de pacientes. Su determinación se apoya en teorías surgidas de investigaciones en mercadotecnia; en éste sentido existen tres importantes mediciones sobre RESULTADOS que determinan la SATISFACCION del consumidor siendo éstas: 1) Las expectativas de los clientes concebidas como algo " SUBJETIVO ESTANDAR " y que sirven para juzgar un producto o servicio (lo que espero, recibo, compare y juzgo)(20) . Pascoe en 1983, describe cuatro tipos de expectativas: a) Lo ideal a lo esperado. b) Lo mínimo al menor nivel esperado. c) Lo esperado en relación a la experiencia pasada. d) Lo merecido a lo esperado. El nivel deseado o esperado, está basado en lo que sería " un promedio de la experiencia pasada " de la atención o producto recibidos, de las inversiones o costos derogados por el paciente, todo lo cual establece una sensación subjetiva de lo que será el nivel esperado.

2) La segunda medición que determina la satisfacción lo representa el " DOMINIO DEL SISTEMA DE CONSUMO ", entendiéndose por dominio a todo lo que se incluye en la prestación de servicios, que en el caso de los servicios médicos, a todo lo incluido en la ES TRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO (Czepliel y Rosemberg 1977 citados por Pascoe) (20) .

Los investigadores en mercadotecnia han considerado que la satisfacción del consumidor, depende de distinciones entre atributos (virtualmente cualquiera) de sistemas de macro y micromercadotecnia; aplicándose éste concepto a los sistemas de salud -- (en donde los pacientes pueden considerarse como "CONSUMIDORES" de sistemas o servicios de salud), el MACRODOMINIO Y MICRODOMINIO de la atención representarían sus análogos; un ejemplo esclarecerá el concepto i.e. : " Un individuo puede tener una opinión muy positiva de los médicos y de los sistemas de salud en general -que sería el macrodominio- , pero tener desconfianza concerniente a la atención que él o ella está recibiendo en éstos momentos para sus habituales necesidades de salud -lo que sería el microdominio- .

3) La tercera medición la representa " LAS DIMENSIONES " del sistema de consumo, las cuales pueden ser concebidas en dos grupos:

- a) el primero aborda el desarrollo de instrumentos que dependen del tipo de muestra de la población y que incluye preguntas que se refieren a los médicos, o bien a aspectos del macrodominio --
- b) el segundo aborda en una forma directa, a los individuos que están recibiendo atención médica en ese momento y que responden

a preguntas que específicamente se refieren a la calidad del servicio prestado (Wesbrook y Oliver, 1981) . A ésta medida (directa) es llamado también microdominio, en cambio al abordaje indirecto (o medida indirecta) evalúa el macrodominio.

Ambos abordajes ~~indirectos~~ e indirectos, determinan distintos tipos de satisfacción, argumentándose que las escalas directas son apropiadas para medir la satisfacción de los pacientes con su actual atención médica (Cassal y Thompson, 1971) .

Algunos estudios como serían los empíricos y algunos otros con metodología, apoyan la diferencia entre medidas directas e indirectas, corroborando que las primeras determinan el microdominio, mientras que las segundas en macrodominio ,

Los instrumentos que utilizan abordajes directos reciben el nombre de ESCALAS DIRECTAS, y las que utilizan los indirectos se denominan ESCALAS INDIRECTAS .

El principal objetivo de éste estudio, es determinar la satisfacción general de los pacientes con los servicios que actualmente reciben, utilizando una escala directa como lo es el cuestionario de satisfacción de pacientes (CSP).

Numerosos estudios que utilizan escalas directas y que han sido desarrollados con métodos de análisis descriptivos o de construcción de escalas estandard, han enfocado sus intereses en la determinación de la " Satisfacción de los pacientes " en muy diversas formas como por ejemplo: la satisfacción de los pacientes con la atención recibida con un solo médico, la satisfacción con determinada dimensión de la atención con los servicios de sa

lud, o aquella que deriva de alguna característica de la relación médico-paciente (habilidades del médico, su trato interpersonal, etcétera.) (Dimatteo y Hays 1980). Algunas otras dimensiones en el microdominio de la atención han sido evaluadas con escalas pertinentes, siendo dichas dimensiones: relaciones de confianza entre el médico y paciente, relaciones de tipo educativo y habilidades profesionales o técnicas como en el estudio de -- Risser en 1980. Grey en ese mismo año construyó una escala de -- 7 preguntas para medir la conducta de los médicos. Aún más se -- han desarrollado instrumentos para medir dimensiones únicas del microdominio y que determinan la satisfacción general a través -- de determinados aspectos del ofrecimiento de servicios.

Otros métodos como aquellos que utilizan análisis factorial de componentes principales en estudios con escalas directas fueron utilizados para derivar una escala tipo Likert, que puede utilizarse en consumidores de varios servicios de salud, y en -- otros fuera de él (Larsen, Attkison, Hargreaves, Nguyen) .

La determinación de la satisfacción de los pacientes es -- uno de los importantes elementos en la evaluación de servicios -- de salud. La información sobre "satisfacción" es valorable, ya -- que ésta proporciona el punto de vista del consumidor que es necesaria y tal vez indispensable, si es que queremos hacer una -- evaluación más real de los servicios de salud sin hacer sesgos -- en la evaluación al considerar únicamente las apreciaciones que -- él investigador determine al hacer investigaciones sobre calidad de la atención o satisfacción de pacientes; algo que podría lla-

marse " despolarización de la evaluación " (26)

Aunque la evaluación de los pacientes parezca ser multidimensional, los estudios reportados al respecto han fallado en su intento para determinar una serie de dimensiones, determinando - solo una dimensión global de satisfacción, como así lo reportan Stamp y Finkelstein en 1981 (25)

Algunos problemas surgen al involucrar a los pacientes en la evaluación de los servicios de salud tales como: los altos índices de satisfacción reportados (22) (24), la tendencia de los investigadores de elaborar sus propios cuestionarios o modificar los ya existentes, de tal manera que uno no está seguro de si la versión original o la modificada miden el mismo parámetro o pensamiento (Love y Caid, 1979). Otro problema que surge es la dificultad de evitar sesgos en las muestras como por ejemplo: lo tendencioso al aplicar los instrumentos en función al objetivo, o - bién, no considerar los atributos del investigador o aplicador - del instrumento tales como: una apariencia agradable, el sexo, - la edad, la actitud que adopte (posturas, tono de voz etcétera). en el momento de dar información al aplicar los instrumentos. Otros sesgos quedarían representados en aquellos pacientes que se retiran de los programas de atención y que no se incluyen en los recuentos, etcétera. (21)

Ya que uno de los principales objetivos de éste estudio es determinar el nivel de satisfacción global de los pacientes con la atención recibida en los servicios de salud en un primer ni - vel y que incluye la ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO, nosotros -

para éste objetivo utilizamos el cuestionario de satisfacción de pacientes de 8 preguntas (CSP-8).

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE PACIENTES: (CSP)

El CSP es el producto de los esfuerzos de investigación sobre satisfacción de pacientes usuarios de centros de salud y hospitales psiquiátricos. Dichos estudios han sido llevados a cabo en la Universidad de California en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) por Larsen y cols. en 1979, los estudios preliminares surgieron a través de recolectar información de la literatura sobre " Satisfacción de Pacientes " identificando por éste medio nueve dimensiones de la atención de servicios de salud, - que reflejaban los créditos (ratings) de satisfacción, y que --- erán el producto de la decisión de los propios pacientes para cada una de las 9 dimensiones. El cuestionario inicial que incluía éstas 9 dimensiones o categorías, estaba constituido por 9 preguntas para cada dimensión, y cada pregunta a su vez, contenía 4 respuestas sin opción a una contestación neutral o imparcial.

En el siguiente esquema se dan a conocer las dimensiones - que constituyen éste cuestionario.(22) (26) .

NUEVE DIMENSIONES DE LA ATENCION
DE SERVICIOS DE SALUD

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) MEDIO FISICO | 6) CANTIDAD DEL SERVICIO |
| 2) PERSONAL DE APOYO | 7) RESULTADOS DEL SERVICIO |
| 3) CLASE Y TIPO DE SERVICIO | 8) SATISFACCION GENERAL |
| 4) TRATO DEL PERSONAL | 9) PROCEDIMIENTOS |
| 5) CALIDAD DEL SERVICIO | |

Posteriormente y a través del análisis y de la exclusión de preguntas por profesionales en salud mental y expertos del consejo de salud mental del Condado de California en EEUU, se obtuvo un cuestionario inicial de 31 preguntas (CSP-31), con un mínimo de 3 preguntas para cada dimensión, estudios posteriores en base a éste instrumento (CSP-31), han rendido numerosas versiones con un número diferente de preguntas y diferentes objetivos de investigación (14). Una de éstas escalas el CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE 8 PREGUNTAS (CSP-8) fué obtenido del CSP-31 al probar sus propiedades psicométricas a través de análisis factorial de componentes principales explicándose a través de éste método un 43 % de la varianza total y un 75 % de la varianza común en el CSP-8 resultante; finalmente el CSP-8 fué obtenido en la que 8 de 31 preguntas fueron las más altamente contestadas, exhibiendo una buena correlación interitem y entre los ítems totales. El coeficiente alfa para el CSP-8 fué de 0.93, indicando con ésto que posee un alto grado de validez interna. Las preguntas de éste cuestionario (CSP-8) probaron una estimación con la satisfacción general con los servicios. Este breve cuestionario ha sido exitosamente usado en diversos estudios como una medida global de satisfacción de pacientes.

En relación con algunos estudios, el CSP-8 fué utilizado para detectar relaciones significativas entre la satisfacción de los pacientes y variables relacionadas con la salud tales como: uso de servicios y resultados del tratamiento (Attkison y Zwick 1982, Nguyen y Attkison, 1983) (22) mostrando en éstos estudios índices de consistencia interna de 0.93 y 0.92 respectivamente.

Larsen y cols. en 1979 reporta que las respuestas dadas al CSP-8, no están significativamente relacionadas a factores demográficos tales como: Edad, Sexo, Estado civil, Escolaridad, Percepción económica, Clase social, tratamientos previos de otros - centros de salud. Este mismo autor encontró que los pacientes que se retiran tempranamente de los servicios de un programa, tienden a estar más insatisfechos, comparándolos con los que aún están en él programa.

La evaluación que hacen los médicos de la satisfacción de su trabajo con sus pacientes, también se correlacionó positivamente con las puntuaciones de satisfacción de los pacientes y -- viceversa (14) .

La aplicación del CSP-8 a grupos étnicos diferentes como - en estudio de Robert E, Robert, demostró que estadísticamente no había diferencias significativas entre diferentes grupos étnicos mexicanos, anglosajones, negros del caribe, que utilizan servicios médicos en EEUU; siendo la validez interna, el coeficiente-alfa y el grado de correlación inter-item muy similar entre los diversos grupos. (11), (14) También es posible la aplicación de este cuestionario a otras culturas, como por ejemplo la Holandesa, como así lo demostró Henk en su estudio (23) con resultados estadísticos muy similares a los ya presentados.

El análisis hasta aquí presentado, demuestra que el CSP-8 es un instrumento aceptado por los pacientes, los proveedores de la atención (incluyendo personal no médico), administradores, siendo de fácil aplicación y que estadísticamente posee un alto

grado de validez interna, además de poseer adecuadas propiedades psicométricas. Dicho instrumento (CSP-8) ofrece la oportunidad - de hacer más fáciles las comparaciones que se hagan entre programas, servicios o entre muestras, y ofrece la opción de sumarsele nuevas preguntas como en el estudio de Henk.

Sirve como un indicador de la satisfacción general con los servicios de salud, pero no determina a pesar de su gran aplicabilidad, un nivel de satisfacción con atributos específicos de - un servicio o programa de atención médica, como serían aquellos - instrumentos que sí lo determinan como la Escala de Evaluación - por Rangos (Evaluation Ranking Scale) (21).

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION: DESCRIPCION

El instrumento de recolección de información utilizado en - este estudio es el CSP-8 (ya referido) el cual consta de 3 partes

- 1) La primera consiste en información general acerca de la natu - raleza de las preguntas (=opinión de la atención-) y las instruc - ciones de llenado y contestación del cuestionario. Ver anexo 1.
- 2) La segunda parte está constituida por preguntas de opción - múltiple con variables sociodemográficas tales como: Sexo, Esta - do civil, Edad, Escolaridad, Estado laboral (si tienen o no em - pleo). Ver anexo 1.
- 3) La tercera parte consiste en 8 preguntas de opción múltiple en donde cada pregunta, evalúa el grado de satisfacción con una determinada DIMENSION de la atención; en cambio, el conjunto de - las 8 preguntas evalúa el grado de satisfacción general, inde - pendiente de las dimensiones consideradas en cada pregunta

es decir, el juicio final del paciente, de la atención que recibió en conjunto (totalmente) será el de SATISFACCION o bien INSATISFACCION, sin que éste juicio esté determinado por una dimensión u otra. Como se mencionó anteriormente, las respuestas de las preguntas del CSP-8 no dan opción a contestar en forma neutral o imparcial como sería por ejemplo "estoy más o menos satisfecho", sino que las respuestas determinan estados concretos de satisfacción.

La escala utilizada para la determinación de satisfacción global de pacientes, se elaboró al asignarle a cada una de las cuatro opciones de cada pregunta una escala subjetiva que evaluara el nivel de satisfacción por o de cada pregunta. La escala utilizada es la siguiente: "MUY SATISFECHO", "SATISFECHO", "MUY INSATISFECHO", "INSATISFECHO"

- 1) MUY SATISFECHO: se destinó para aquella opción de cada pregunta que reflejara un excelente crédito para la pregunta en cuestión
- 2) SATISFECHO: Se destinó para aquella opción de cada pregunta que reflejara un buen crédito para la pregunta en cuestión.
- 3) INSATISFECHO: Se destinó para aquella opción de cada pregunta que reflejara regular crédito para la pregunta en cuestión.
- 4) MUY INSATISFECHO: Se destino para aquella opción de cada pregunta que reflejara un pésimo crédito para la pregunta en cuestión .

Con ésta escala de satisfacción por pregunta, se determinó la satisfacción global, al hacer un recuento total de pacientes que contestaron cada opción, es decir, se hizo un recuento de -

los pacientes que contestaron : MUY SATISFECHO, SATISFECHO, INSATISFECHO, MUY INSATISFECHO del total de preguntas de todos los cuestionarios, expresandose los resultados porcentualmente.

Este mismo análisis fué aplicado para las variables sociodemográficas, siendo los resultados expresados porcentualmente.

Las DIMENSIONES de la atención que evalúa éste cuestionario son resumidas en el siguiente cuadro, junto con la pregunta que lo explora.

DIMENSIONES DE LA ATENCION QUE ESTRUCTURAN AL CSP-B
Y PREGUNTA QUE LO EXPLORA

DIMENSIONES	• PREGUNTA(S) ABREVIADA(S)
CALIDAD DE LA ATENCION	CALIDAD DE LA ATENCION
TIPO DE SERVICIO	CLASE DE SERVICIO
RESULTADOS DEL SERVICIO	SOLUCION DE PROBLEMAS
	TRATO DEL PROBLEMA
COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE	RECOMENDACION DE LA CLINICA
	REGRESO A LA CLINICA
CANTIDAD DE ATENCION	CANTIDAD DE AYUDA
SATISFACCION GLOBAL	SATISFACCION GENERAL

• La pregunta abreviada aparece en el mismo orden escalonado del 1 al 8 como aparece en el cuestionario apendice 1 .

PROBLEMA:

Este estudio surge de la inquietud de conocer cual es en nivel de satisfacción general de pacientes derechohabientes de la clínica Marina Nacional del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de México, con los los diferentes servicios que se ofrecen en la misma, desde los administrativos hasta los médicos propiamente dichos. Ya que de una manera indirecta (empírica), se ha detectado que el nivel de satisfacción de pacientes derechohabientes es bajo por motivos que pudieran surgir de diferente fuente en la prestación de servicios como pudieran ser, en la relación médico-paciente, o en la relación paciente sistema-administrativo, o bien, en la insatisfacción del paciente por el resultado negativo en su estado de salud y que él atribuyera a la atención recibida.

En este sentido se hace patente evaluar dicho nivel de satisfacción en la prestación de servicios de salud como así lo puntualizan Larsen y Clifford en su estudio (26).

JUSTIFICACION:

Dado que en nuestro país son escasos los estudios que evalúan la "CALIDAD DE LA ATENCION" en su aspecto de SATISFACCION DE PACIENTES; y de que éste aspecto es importante en la planeación de servicios de salud, ya que considera la opinión (directamente) de los pacientes, haciendolos participes directos en la planificación y/o modificación de los servicios de salud. El CSP-8 ha demostrado ser un instrumento valioso para determinar el nivel de satisfacción global con los servicios de salud como se ha demostrado en otros países.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar el nivel de atención global de la atención médica recibida, en pacientes derechohabientes de la Clínica Marina Nacional del ISSSTE.
- 2) Determinar si variables sociodemográficas tales como: Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Estado laboral, modifican - o no el nivel de satisfacción de pacientes con la atención - médica.
- 3) Determinar la aplicabilidad en nuestro medio del cuestiona - rio de satisfacción de pacientes de 8 preguntas . CSP-8 .

TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, De corte trasversal .

POBLACION:

La población se selecciono mediante muestreo no probabilisti - co a criterio del investigador en la clínica Marina Nacional del - ISSSTE, la cual tiene una población usuaria total de 17,600 pacien - tes, captandose un total de 421 en un lapso de tres meses entre - agosto y septiembre de 1987

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron a pacientes mayores de 20 años, independiente - mente del sexo, escolaridad, estado civil, estado laboral, edad o motivo de consulta . Que sean derechohabientes del ISSSTE y adscri - tos a la clínica mencionada.

Los derechohabientes incluyen: Al trabajador, a la esposa - del trabajador, a sus hijos, padres del trabajador y pacientes - pensionados .

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Sujetos menores de 19 años. Sujetos que deseen participar - en el estudio y pacientes no derechohabientes.

MATERIAL Y METODOS:

Con aprobación de las autoridades de la Clínica Marina Nacional del ISSSTE, se aplicó el CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE PACIENTES DE 8 ITEMS a 421 pacientes que reunieran los criterios de inclusión en un lapso de 3 meses entre agosto y octubre de 1987, por el investigador y cuatro entrevistadores-residentes de la especialidad en MEDICINA GENERAL FAMILIAR de primero y segundo años, los cuales fueron capacitados por el investigador durante un lapso de 4 días con el fin de exponerles los objetivos del estudio y unificar criterios para la aplicación del instrumento.

El cuestionario se aplicó a los pacientes en la sala de espera de la clínica Marina Nacional, antes de recibir atención médica y siguiendo el siguiente protocolo: a) saludos b) presentación del investigador y residentes como médicos de la clínica . c) se les preguntó si deseaban participar en la contestación del cuestionario d) se les indicó que el cuestionario era anónimo e) se les informó que el motivo de aplicación del CSP-8 es conocer la opinión de los derechohabientes de la atención recibida, fuera ésta positiva o negativa. f) se aplicó solo a derechohabientes

tes que reuniéran los criterios de inclusión g) a los pacientes-
que aceptaron participar , se les indicó atentamente que regresa-
ran el cuestionario al entrevistador, el cual permanecio en la sa
la de espera para aclarar dudas y recibir de regreso del cuestio-
nario .

ANALISIS DE DATOS Y RESULTADOS:

Se estudiaron un total de 421 derechohabientes de la clínica Marina Nacional del ISSSTE, de los cuales 130 (31%) son del sexo masculino y 291 (69%) del sexo femenino. El promedio de edad para ambos sexos es de 35 años con un rango de edades entre 20 y 61 años. Se analizaron otras variables sociodemográficas tales como: Estado civil, Escolaridad, Estado laboral (éste último para conocer si tienen o no empleo actualmente).

En relación al empleo 270 sujetos el 64.13 % estaba empleado y 130 el 33.05 % carecía de empleo. En ésta última población (sin empleo) incluye pacientes familiares del trabajador (esposa hijos, padres) que no tienen un empleo remunerado hasta el momento del estudio. De la población con empleo, está incluido en el porcentaje, tanto a trabajadores derechohabientes directos, como a pacientes trabajadores familiares de éste.

En relación con el Estado Civil, 280 sujetos el 66,5 % son casados y 71 el 16.8% son solteros; el 16.6% se distribufan en los restantes estados civiles.

En cuanto a la escolaridad la cual se investigo desde la primaria hasta postgrado de la población total, encontrandose 31.59% son profesionistas (principalmente profesores a nivel primaria y secundaria) y el 26.37% tiene solo estudios de secundaria y 20% primaria, 15% preparatoria, y 3% un nivel de postgrado.

Los resultados de las variables en relación con el nivel de satisfacción serán presentados en cuadros .

CUADRO 1

NIVEL DE SATISFACCION GLOBAL DE LA ATENCION DE
 PACIENTES DE LA CLINICA MARINA NACIONAL (CMN)
 DEL TOTAL DE LA POBLACION ESTUDIADA.

POBLACION TOTAL	*NIVEL DE SATISFACCION: No. (%)			
	MS	S	I	MI
421(100%)	83(20%)	197(47%)	115(27%)	26(6%)

* MS=MUY SATISFECHO, S=SATISFECHO, I=INSATISFECHO, --
 MI=MUY INSATISFECHO

Fuente: Cuestionario de Satisfacción de Pacientes de-
 8 Items (CSP-8) aplicados a pacientes de la -
 Clinica Marina Nacional del ISSSTE (CMN-ISSSTE)
 entre agosto y octubre de 1987(ago-oct/87)

Como puede apreciarse en el cuadro 1, el nivel de satisfac-
 ción global de la atención con los servicios de salud en la CMN-
 ISSSTE de toda la población estudiada (421 pacientes) reporta-
 que un 47% del total estudiado refiere un nivel "S" de satisfac-
 ción (adecuado), un 27% (115 sujetos) refieren estar insatisfe-
 chos con la atención recibida, en cambio un 20% (83 sujetos) ma-
 nifiestan estar muy satisfechos (excelente) y solo una mínima --
 parte el 6% (26 sujetos) manifiestan estar muy insatisfechos (pe-
 simo) con la atención o servicio de salud otorgado la razón en -
 tre MS+S/I+MI (es decir la proporción de Satisfacción/Insatis -
 facción) del total de la población analizada fué de 2:1 (de -
 cada 2 pacientes satisfechos se encuentra uno insatisfecho)

CUADRO 2

DISTRIBUCION POR SEXO RELACIONADOS CON LOS NIVELES DE SATISFACCION GLOBAL

SEXO	* NIVELES DE SATISFACCION: No. (%)				TOTAL (%)
	MS (%)	S (%)	I (%)	MI (%)	
MASCULINO	22 (5.22)	61 (14.48)	36 (8.55)	11 (2.61)	130 (30.87)
FEMENINO	61 (14.48)	136 (32.30)	79 (18.56)	15 (3.56)	291 (69.12)
TOTAL:	83 (20%)	197 (47%)	115 (27%)	26 (6%)	421 (100%)

*MS=MUY SATISFECHO, S=SATISFECHO, I=INSATISFECHO, MI=MUY INSATISFECHO
Fuente: CSP-8 de CMN-ISSSTE, ago/oct/87.

Como se observa en el cuadro 2, el nivel de satisfacción de la atención o servicio en relación con el sexo se encontró que en cerca de la población masculina el 14.48% (61 sujetos) refirió un nivel "S" de satisfacción (adecuado), el 8.55% (36 sujetos) refirieron estar insatisfechos, el 5.22% (22 sujetos) manifestaron estar muy satisfechos, y la minoría de esta subpoblación refirió estar muy insatisfecho 2.61% (11 sujetos) con la atención médica. La razón de satisfacción/insatisfacción para esta subpoblación es de 2:1. Como es de notarse esta distribución de la satisfacción para el sexo masculino es muy similar con la distribución de la satisfacción para la población general.

En relación a la subpoblación femenina la distribución de la satisfacción en este subgrupo reporta un patrón muy consistente con la del sexo masculino, es decir, casi la mitad, un

32.30% (136 sujetos) manifiestan un nivel "S" de satisfacción - (adecuado) un 18.56% (79 sujetos) refieren estar insatisfechas , un 14.48% (61 sujetos) reportan estar muy satisfechos, y solo -- una mínima parte el 6% (26 sujetos) se manifiestan muy insatisfechas. La razón entre Satisfacción/Insatisfacción(razón: S/I) - es de 2:1 . Para ambos sexos, es muy similar la distribución de la satisfacción no difiriendo importantemente con el nivel de sa tísfaccíón de la población total (421 sujetos)

CUADRO 3

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL RELACIONADO CON
LOS NIVELES DE SATISFACCION GLOBAL

ESTADO CIVIL	* NIVEL DE SATISFACCION: No. (%)				TOTAL(%)
	MS(%)	S(%)	I(%)	MI(%)	
CASADO	38(9.02)	147(34.91)	80(19.00)	20(4.75)	285(67.68)
SOLTERO	12(2.85)	39(9.26)	22(5.22)	5(1.18)	78(18.51)
UNION LIBRE	3(0.71)	12(2.85)	6(1.42)	2(0.47)	23(5.45)
VIUDOS	2(0.47)	8(1.90)	3(0.71)	2(0.47)	15(3.55)
DIVORCIADOS	4(0.95)	10(2.37)	4(0.95)	2(0.47)	20(4.74)
TOTAL	59(14%)	216(52%)	115(27%)	31(7%)	421(100%)

*MS=MUY SATISFECHO, S=SATISFECHO, I=INSATISFECHO, MI=MUY INSATISFECHO
Fuente: CSP-8 de la CMN-ISSSTE, AGO-OCT/87

Como se muestra en el cuadro No 3 la relación del nivel de satisfacción global con la variable estado civil de 421 pacien - tes encuestados, se encontró que la mitad de la población para - cada estado civil refiere un nivel "S" (adecuado) de satisfac - ción, siendo un 35% (147 sujetos) para los casados, un 9% (39 su

jetos), 3% (12 sujetos) para unión libre, 2% (8 sujetos) y 2% - (10 sujetos) para viudos v casados respectivamente (ver tabla). la distribución de satisfacción para los demás niveles de satisfacciòn es muy similar y consistente con la distribución de satisfacciòn por sexo y de la población global (ver tablas 1 y 2)

La razón S/I para estado civil es 2:1 .

CUADRO 4
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES RELACIONADOS
CON LOS NIVELES DE SATISFACCION GLOBAL

GRUPO DE EDADES (años)	* NIVELES DE SATISFACCION: No (%)				TOTAL(%)
	MS(%)	S(%)	I(%)	MI(%)	
21-30	26(6.17)	78(18.52)	54(12.82)	14(3.32)	172(40.8)
31-40	22(5.22)	57(13.53)	33(7.83)	11(2.61)	123(29.2)
41-50	13(3.08)	26(6.17)	14(3.32)	4(0.95)	57(13.5)
51-60	8(1.90)	18(4.27)	9(2.13)	2(0.47)	37(8.7)
61 o más	8(1.90)	17(4.03)	5(1.18)	2(0.47)	32(7.6)
TOTAL	77(18%)	196(47%)	115(27%)	33(8%)	421(100%)

*MS=MUY SATISFECHO,S=SATISFECHO,I=INSATISFECHO,MI=MUY INSATISFECHO
Fuente:CSP-8 de la CMN-ISSSTE,AGO-OCT/87.

En lo referente al nivel de satisfacción para grupos de edades, de los 421 sujetos estudiados, se encontró que cerca de la mitad de la población para cada grupo de edad y para el total de la población,manifiestan tener un Nivel "S" (adecuado) de satisfacciòn, y solo una mimima parte, menos del 10% refieren estar muy insatisfechos. La razón de S/I para ésta variables es de -- 2:1 Estos hallazgos concuerdan con la distribución de la satisfacciòn de las otras variables ya consideradas (cuadros: 1 al 3)

CUADRO 5

DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD RELACIONADOS
CON LOS NIVELES DE SATISFACCION GLOBAL.

ESCOLARIDAD	* NIVELES DE SATISFACCION: No. (%)				TOTAL (%)
	MS (%)	S (%)	I (%)	MI (%)	
PRIMARIA	14(3.52)	41(10.32)	23(5.79)	4(1.00)	82(20.6)
SECUNDARIA	11(2.77)	53(13.35)	39(9.82)	6(1.52)	109(27.4)
PREPARATORIA	5(1.25)	30(7.55)	21(5.28)	4(1.00)	60(15.1)
PROFESIONAL	7(1.56)	63(15.86)	50(12.29)	13(3.27)	133(33.5)
POSTGRADO	2(0.50)	5(1.25)	5(1.25)	1(0.25)	13(3.1)
TOTAL:	39(10%)	192(48%)	138(35%)	28(7%)	397(100%)

*MS=MUY SATISFECHO, S=SATISFECHO, I=INSATISFECHO, MI=MUY INSATISFECHO
Fuentes:CSP-8 de CMN-ISSSTE, AGO-OCT/87

El grado de satisfacción global relacionado con la variable educativa, como se demuestra en el cuadro 5 sigue una distribución muy similar con las variables antes consideradas: sexo, edad, estado civil (ver cuadros 1 al 4); es decir, que para esta variable, del 48 al 50 por ciento de la población por subvariable escolar y considerando todos los grados de escolaridad también, refieren tener un nivel "S" (adecuado) de satisfacción, a sí mismo, solo una mínima parte, menor al 10% manifiestan estar muy insatisfechos, un 35% reporta estar insatisfecho, y un 10% se reporta como muy satisfecho (excelente). En relación a la razón de satisfacción/insatisfacción, ésta varía según el grado escolar, para los pacientes con la menor escolaridad (en éste estudio), primaria, - la razón es de 2:1 decrecentandose está razón a medida que el grado escolar aumenta, siendo 1:1 para pacientes con postgrado. Este hallazgo hace notar que entre mayor sea el grado de escolaridad - la satisfacción va disminuyendo y la insatisfacción aumentando.

CUADRO 6

DISTRIBUCION SEGUN ESTADO LABORAL RELACIONADOS
CON LOS NIVELES DE SATISFACCION GLOBAL

ESTADO LABORAL	* NIVELES DE SATISFACCION: No. (%)				TOTAL (%)
	MS (%)	S (%)	I (%)	MI (%)	
CON EMPLEO	49(11.98)	146(35.69)	59(14.42)	16(3.91)	270(66.01)
SIN EMPLEO	19(4.64)	58(14.18)	52(12.71)	10(2.44)	139(33.98)
TOTAL:	68(17%)	204(50%)	111(27%)	26(6%)	409(100%)

*MS=MUY SATISFECHO, S=SATISFECHO, I=INSATISFECHO, MI=MUY INSATISFECHO
Fuente: CSP-8 de CMN-ISSSTE, AGO-OCT/87

En relación al estado laboral, solo 409 sujetos de 421 encuestados, lo que representa el 97.14 %, contestaron ésta opción; como se demuestra en el cuadro 6, la distribución de los niveles de satisfacción para ésta variable sigue un patrón prácticamente similar a las precedentes variables ya analizadas (ver cuadros (1 al 5), es decir el 50% de los sujetos para cada una de las sub poblaciones (con y sin empleo) manifiesta tener un nivel "S" de satisfacción (adecuado) con la atención o servicio(s) de salud, a si mismo solo una minoría menos del 10% por subpoblación y para la totalidad manifiestan estar muy insatisfechos (pesimo).

La razón S/I varia según el estado laboral; para pacientes que están trabajando (con empleo), la razón S/I es 3:1 (2.8:1) y para la población sin empleo la razón es 1:1 (1.2:1); éste hallazgo denota que los sujetos con empleo estan más satisfechos que aquellos sin empleo. Una posterior confirmación para éste hallazgo se hace patente, así como para la variable: Escolaridad.

SATISFACCION EN RELACION A LOS DOMINIOS DE LA ATENCION:

Al considerar las dimensiones o dominios de la atención médica y/o servicios de salud en relación al nivel de satisfacción global, es oportuno recordar que éstos (dominios); es todo aquello que se involucra en la prestación de servicios de salud (desde los administrativos hasta los médicos), de tal forma que lo que se valora con cada dimensión, es un atributo general del proceso, estructura o resultado, y no atributos específicos en cada uno de ellos.

En éste estudio se analizan 6(seis) de tales dimensiones -- como son: 1) Clase de servicio, 2) Resultados de la atención, 3) Calidad de la atención, 4) Comportamiento(s) de(los) paciente(s) hacia los servicios de salud, 5) Cantidad de atención o servicio, 6) Satisfacción general. Cada dimensión es evaluada por una o más preguntas en el CSP-8 en éste estudio (ver pag. 22)

Se analizó la distribución del nivel de satisfacción de la población total para cada una de la dimensiones y por lo tanto -- para cada una de las preguntas del CSP-8 encontrándose la siguiente distribución:

En relación a la dimensión CALIDAD DE LA ATENCION, se encontró que del total de la población estudiada (421 sujetos) el 50 % (211 sujetos) refirió estar satisfecha, "S" (adecuado), y -- solo el 26 % (109) manifesto estar insatisfecha, 7% (29 sujetos) refirieron estar muy insatisfechos, y la población restante, -- 72 sujetos (17 %) manifesto estar muy satisfecha (excelente). La razón S/I en ésta subpoblación fué 2:1

En relación al TIPO DE SERVICIO, de 421 sujetos que la con-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

testaron el 54% (227 sujetos) refirió estar satisfecho "S", un 27% (114 sujetos) refirió insatisfacción ("I"), un 14% (59 sujetos) manifestaron estar muy insatisfechos y solo un 5% (21 sujetos) refirieron estar muy insatisfechos ("MI"). La razón S/I para ésta dimensión fué 2:1.

Con respecto a la dimensión RESULTADOS de 421 pacientes - que la contestaron el 57% (240 sujetos) refirió estar satisfecha ("S"), el 21% (88 sujetos) manifestó estar muy satisfecho, comparado con un 17% (72 sujetos) que refirió insatisfacción ("I"), solo un 5% (21 sujetos) manifestó estar muy insatisfecho. La razón S/I para ésta dimensión fué: 3.5 : 1

En relación a la dimensión COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE, valorada ésta última en función a sí el paciente "recomendaba a otros el centro de salud" al que acuden (en éste caso la C.M.N.) o si ellos, regresaban a recibir más atención en dicho centro.

Para ésta dimensión, el 56% (236 sujetos) refirieron un nivel "S" de satisfacción (adecuado), el 20% (84 sujetos) manifestaron estar insatisfechos, otro 20% (84 sujetos) reportaron estar muy satisfechos ("MS") y solo un 4% (17 sujetos) manifestó estar muy insatisfecho ("MI"). La razón S/I para ésta dimensión fué de 3:1 , muy similar a la precedente dimensión (RESULTADOS) y que junto con ésta, mostraron los mayores índices de satisfacción por dimensión.

En relación a la dimensión CANTIDAD DE LA ATENCION, de 421 sujetos que la contestaron , el 53% (233 sujetos) refirieron estar satisfechos con la cantidad de la atención ("S"), el 21% (88 sujetos) refirieron estar insatisfechos, el 8% (34 sujetos) - manifestó estar muy insatisfecho comparado con un 18% (76 suje-

tos) que manifestaron estar muy satisfechos ("MS"); la razón de S/I para ésta dimensión fué: 2:1 .

En relación a la última dimensión considerada S TISFACCION-GENERAL la cual evalúa la percepción subjetiva de satisfacción o insatisfacción de los pacientes con toda la clase de servicios o atención -consideradas como un todo- que ellos recibieron en la clínica (desde los médicos hasta los administrativos) . En ésta dimensión se encontró que el 54% (227 sujetos) tenía un nivel "S" (Satisfecho), adecuado, un 20% (84 sujetos) manifesto estar insatisfecho "I" , un 18% (76 sujetos) reporto una máxima satisfacción (MS) , y solo un 8% (34 sujetos) manifestó estar muy insatisfecho (MI) . La razón S/I para ésta dimensión fué 2:1, resulta do muy similar consideradas las demás dimensiones o variables.

CONCLUSIONES:

De 421 pacientes estudiados para determinar el grado de satisfacción global con los servicios de salud y la influencia de factores socio-demográficos tales como: Edad, Sexo, Estado civil, empleo, Escolaridad, es aplicado el CSP-8 en una clínica que -- presta un nivel primario de atención a la salud en un medio ins-titucional: ISSSTE, en la ciudad de México.

Se encontro que dos terceras partes de la población tienen las siguientes características sociodemográficas: pertenecen al-sexo femenino en una razón de 2:1, son casados a razón de 2:1, - tienen trabajo a razón de 2:1; una tercera parte tiene un nivel-profesional de escolaridad y la mayor parte, el 50% del total, - posee un nivel bajo de escolaridad (primaria y secundaria).

En común con otros trabajos publicados sobre satisfacción-de pacientes, como en los estudios de Larsen, Pascoe, Attkisson, éste trabajo concuerda en el sentido de que variables sociodemo-gráficas no influyen en el resultado final del nivel de satisfac-ción global de pacientes con los sistemas de atención para la sa-lud (centros de salud, clínicas) ya que el porcentaje final de satisfacción consideradas todas las variables estudiadas no fluc-tua importantemente con el nivel de satisfacción por variable.

En cuanto al cuestionario: CSP-8, se encontro que es un a-decuado instrumento para determinar la satisfacción global de los pacientes con los servicios de salud, pero que es un instrumento inadecuado para determinar rasgos específicos de los servicios - de salud que confieren satisfacción o insatisfacción.

Estos hallazgos necesitan una posterior confirmación al determinar el nivel de satisfacción al estudiar cada variable específicamente.

A si mismo, en éste estudio se encontro un alto indice de INSATISFACCION entre un 25 a 30 % del total de la población estudiada. Este estudio justifica el que se realicen investigaciones en la organización de los sistemas de salud en su ESTRUCTURA PROCESO o RESULTADO para tratar de determinar y explicar que factores influyen en los altos indices de INSATISFACCION encontrados, y que en éste estudio no fueron determinados dada su naturaleza global .

Con respecto al nivel de satisfacción global encontrada en la población estudiada y de acuerdo a los hallazgos por variable y por dimensión de la atención, encontramos la siguiente distribución en la satisfacción: Un 50% del total de la población estudiada (421 sujetos) manifestó tener un nivel satisfactorio (S) con la prestación de atención o servicios, un 25% manifestó estar insatisfecha (I) y entre un 5 a 10% refirió estar muy insatisfecha (MI) y entre un 15 a 20% manifestó estar muy satisfecha (MS) con la atención o servicios prestados. La razón entre S/I de la población global fué de 2:1.

En el presente trabajo se encontró que las máximas frecuencias de satisfacción, considerando las dimensiones de la atención fueron para: RESULTADOS DE LA ATENCION y COMPORTAMIENTOS DEL PACIENTE HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD, con una razón S/I de 3.5 : 1 y 3:1 respectivamente, indicando con ésto que los pacientes están satisfechos con los resultados de la atención, ya sea en el sentido de que su salud se modifica favorablemente, o bien, de que la resultante de la atención administrativa fué adecuada o favorable de tal forma que el comportamiento del paciente(s) fué la de recomendar el centro de salud y/o acudir nuevamente a recibir más atención en dicho centro.

En relación con las variables: ESCOLARIDAD y ESTADO LABORAL se encontro que el nivel de satisfacción por grado escolar (MUY SATISFECHO-SATISFECHO) era mayor entre menor era la escolaridad. Con respecto a la segunda variable (Estado laboral) se encontró que pacientes con empleo estaban más satisfechos con la atención en una razón de 3:1 en relación a pacientes sin empleo 1:1 .

COMENTARIOS:

- 1º La importancia del presente estudio radica en el olvidado hecho de considerar la opinión (o incluso intervención) de los pacientes acerca de como reciben atención de los servicios de salud y como ellos los juzgan en términos de satisfacción o insatisfacción
- 2º Al conocer la satisfacción de los pacientes intentamos en lo posible evitar sesgos en la evaluación de servicios, considerando solo la determinación del investigador en la evaluación de servicios; a esto particularmente lo llamo " despolarización de la evaluación " (ver pagina 16)
- 3º Aunque los resultados encontrados aqui muestran cierta consistencia con los resultados de otros trabajos que evalúan satisfacción de pacientes, estos solo son presentados en terminos porcentuales, haciendose la necesidad de someterlos a otros procedimientos estadísticos como son, el calculo de la correlación interitem y el grado de validez interna del cuestionario.
- 4º Consideramos que el alto grado de insatisfacción encontrado es importante y que habrá que hacer otras investigaciones derivadas para determinar su causa, a traves de adentrarnos en el conocimiento de lo que es la "CALIDAD DE LA ATENCION", fijar en nuestro medio los atributos que lo determinan, normar los criterios de evaluación y de conocer la satisfacción de los pacientes.

RESUMEN:

El presente estudio determina el nivel de satisfacción de pacientes en el primer nivel de atención, al aplicar una escala directa de medición de satisfacción global: el CSP-8.

Se detecta empíricamente insatisfacción de pacientes producto de los servicios ofrecidos en la CMN-ISSSTE. Se prueba la aplicabilidad del CSP-8, encontrándose un instrumento adecuado en la medición de satisfacción global e inadecuado para determinar atributos específicos de los servicios de salud (Estructura, Proceso o resultado) que confieran satisfacción.

Se encontro que un 67% (de 421 sujetos encuestados) se encuentra satisfecha y un 33% insatisfecha con la atención. Se encontro fluctuaciones del nivel de satisfacción para variables como escolaridad y estado laboral, resultando INSATISFECHOS aquellos sujetos con mayor nivel escolar (profesional y postgrado) y sujetos sin empleo respectivamente. Se hace patente realizar estudios más dirigidos y específicos para determinar éste alto porcentaje de insatisfacción encontrado

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DE PACIENTES DE 8 ITEMS

Estamos interesados en conocer su opinión de la atención que haya recibido en la clínica Marina Nacional. Por favor conteste el cuestionario según la respuesta que usted considere sea la más adecuada.

CONTESTE SU EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS, Y MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE A: SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, -- TRABAJO, Y LAS PREGUNTAS DE LA 1 A LA 8. GRACIAS.

EDAD _____ (en años cumplidos)

SEXO MASCULINO

FEMENINO

ESTADO CIVIL

SOLTERO

CASADO

UNION LIBRE

VIUDO(A)

DIVORCIADO(A)

ESCOLARIDAD

PRIMARIA

SECUNDARIA

PREPARATORIA

PROFESIONAL

POSTGRADO

¿TRABAJA ACTUALMENTE?

SI

NO

PREGUNTAS DE LA 1 A LA 8

- 1) ¿ COMO CALIFICARIA LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO ?
- | | |
|-----------|--------------------------|
| EXELENTE | <input type="checkbox"/> |
| BUENOS | <input type="checkbox"/> |
| REGULARES | <input type="checkbox"/> |
| POBRES | <input type="checkbox"/> |
- 2) ¿ RECIBIO LA CLASE DE SERVICIO QUE QUERIA ?
- | | |
|------------------------|--------------------------|
| NO DEFINITIVAMENTE, NO | <input type="checkbox"/> |
| NO | <input type="checkbox"/> |
| SI, GENERALMENTE | <input type="checkbox"/> |
| SI, DEFINITIVAMENTE | <input type="checkbox"/> |
- 3) ¿ HASTA QUE PUNTO HA AYUDADO NUESTRA CLINICA A SOLUCIONAR -
SUS PROBLEMAS ?
- | | |
|-------------------|--------------------------|
| EN CASI TODOS | <input type="checkbox"/> |
| EN LA MAYOR PARTE | <input type="checkbox"/> |
| SOLO EN ALGUNOS | <input type="checkbox"/> |
| EN NINGUNO | <input type="checkbox"/> |
- 4) ¿ SI UN AMIGO(A) ESTUVIERA EN NECESIDAD DE AYUDA SIMILAR
LE RECOMENDARIA NUESTRA CLINICA ?
- | | |
|---------------------|--------------------------|
| NO DEFINITIVAMENTE | <input type="checkbox"/> |
| NO. CREO QUE NO | <input type="checkbox"/> |
| SI. CREO QUE SI | <input type="checkbox"/> |
| SI, DEFINITIVAMENTE | <input type="checkbox"/> |

- 5) ¿ QUE TAN SATISFECHO(A) ESTA USTED CON LA CANTIDAD DE AYUDA QUE HA RECIBIDO ?
- NADA SATISFECHO
- INDIFERENTE O MODERADAMENTE NO SATISFECHO
- MAYORMENTE SATISFECHO
- MUY SATISFECHO
- 6) ¿ LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO LE HAN AYUDADO A TRATAR MEJOR SUS PROBLEMAS ?
- SI. ME AYUDARON MUCHO
- SI. ME AYUDARON EN ALGO
- NO. REALMENTE NO ME AYUDARON
- NO. PARECIAN HACER LAS COSAS PEOR
- 7) ¿ EN GENERAL QUE TAN SATISFECHO(A) ESTA USTED CON LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO ?
- MUY SATISFECHO(A)
- MAYORMENTE SATISFECHO(A)
- INDIFERENTE O MODERADAMENTE SATISFECHO(A)
- NO MUY SATISFECHO(A)
- 8) ¿ SI NECESITARA AYUDA OTRA VEZ, VOLVERIA A NUESTRA CLINICA ?
- NO. DEFINITIVAMENTE NO
- NO
- SI. GENERALMENTE
- SI. DEFINITIVAMENTE

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hernán San Martín
Salud y Enfermedad
Ed. Prensa médica Mexicana, 1981, 4ª edición
- 2) Fajardo Ortiz
Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativa
Ed. Prensa Médica Mexicana, 1982.
- 3) Publicaciones técnicas de Medicina Preventiva y Social
"Niveles de Atención Médica"
Universidad Autónoma de México; Facultad de Medicina.
- 4) Cordera Armando
Administración de sistemas de salud Tomo I
Ed. A. Cordera, M. Bobourieith, 1983. 1ª edición.
- 5) Cordera Armando
Administración de Sistemas de Salud, Tomo II
Ed. A. Cordera, M. Bobenrieth, 1983. 1ª edición.
- 6) Fresnedo Villegas Manuel
Calidad de la Atención Médica
Contaduría y Administración No. 139 Nov-Dic. 1985
- 7) Donabedian Avedis
La Calidad de la atención Médica: capítulos 1,2,3.
Ed. Prensa Médica Mexicana, 1984.
- 8) Donabedian Avedis
La Calidad de la Atención Médica
Ciencia y Desarrollo No. 137; Marzo-Abril 1981 pp:68-69
- 9) Donabedian Avedis
Quality, Cost and Cost-containment
Nursing Out Look 32(3); 1984 pp: 142-45
- 10) Donabedian Avedis
Twenty Years of Research on the quality of medical care
Evaluation and Health Profession 8 (3); sept. 1985 pp: 243-65
- 11) Robert E Robert, Pascoe E. Gregory, Attkisson Clifford.
Relation of Service Satisfaction to life Satisfaction and --
Well being.
Eval. and Program Planning 6; 1983 pp: 373-83
- 12) Harold A Levine
Quality of Care Relationship to Quality Education
Evaluation and Health Profession 8 (4); Diciembre 1985 pp:429-37

BIBLIOGRAFIA

- 13) Lepatra W.J.
Patient viewpoint of the Quality of Medical Service
Health Care Delivery System Ed. Charles C. Tonica, 1975
- 14) Robert E. Robert, Clifford C. Attkisson
Assesing client Satisfaction among Hispanic
Evaluation and Program Planning 6; 1987 pp:401-13
- 15) William G Smith, Buesching Dan
Primary Medical Care and Health Outcome
Evaluation and Health Prof. 8(3) sept. 1980
- 16) Maya Juan Carlos, Reynales Humberto
¿ El Médico informa Adecuadamente a sus Pacientes ?
Boletín de la oficina Panamericana 97(1);1984. pp:26-31
- 17) Cecil H. Helman
Communication in Primary Care: The role of Patient and Practitioner Explanatory Models.
Soc. Sci. Med. 20(9) pp: 923-31; 1985.
- 18) Narro Robles José
La Relación Medico Paciente como Modelo de Investigación
Revista de la Facultad de Medicina Vol: XXII año 22 No.7 1979
- 19) Attkisson Clifford
Measuring The Quality of Medical Care, Process Vs. Outcome
Milbank Memorial Found Quarterly/ Health and Society 57(1)
1979; pp 118-152
- 20) Pascoe C. Gregory
Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature --
Review and Analysis.
Evaluation and Program Planning 6; 1983; pp:335-47
- 21) Pascoe C Gregory, Attkisson Clifford
The Evaluation Ranking Scale: A new Metodology for Assesing -
Satisfaction.
Evaluation and Program Planning 6; 1983; pp.335-347
- 22) Nguyen D Tuan, Attkisson C Clifford, Atanger L. Bruce.
Assesment of Patien Satisfaction.
Evaluation and Program Planning 6; 1983; pp 299-314
- 23) Brey de Kenk.
A Crose National Vadilation of client Satisfaction. A Ducht-
Experience
Evaluation and Program Planning 6; 1983; pp:395-400

- 24) Pascoe C. Gregory, Attkisson C. Clifford
Comparison of indirect and direct approaches to measuring -
Patient Satisfaction
Evaluation and Program Planning 6; 1983, pp:359-71
- 25) Stamp and Finkelstein J.B.
Statistical Analyses of an Attitude Scale To Measure Patient
Satisfaction whil medical Care
Medical Care 19; 1981, pp:1108-1135
- 26) Larsen L Daniel, Attkisson C. Clifford, Hargreaves A Williams
Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a Ge
neral Scale.
Evaluation and Program Planning 2; 1979, pp:197-207