



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

" EVALUACION EN SISTEMAS DE SALUD EN EL
HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION "

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
GALLEGOS NUÑEZ SELENE
ROMERO RESENDEZ ROCIO

ASESORES

M. EN ISS HÉCTOR GONZALEZ DIAZ
MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LOS REYES IZTACALA 1997





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Un hombre por sí solo no es un hombre, los valores de éxito, triunfo, amor, etc. son considerados o apreciados por él, a partir de la interacción con los demás hombres. Es por ello que el orgullo de haber llegado a la culminación de esta meta.

Quiero compartir primeramente con Dios por alumbrar el camino por el que yo transite, y por hacer llegar a mi vida a personas que siempre me brindaron su apoyo desinteresadamente a lo largo de la vida :

A mis padres Lupita y Othon así como a mis hermanos Pedro, Othon y Elvia, quienes depositaron en mí su confianza y otorgaron su apoyo durante toda mi vida. También quiero compartir este logro con Omar Baena ya que desde hace dos años me ha brindado su ayuda de manera incondicional demostrándome lo valioso que es como ser humano.

Así también quiero agradecer a las personas que tuvieron que ver directamente en la edición de este volumen : al Mtro. en I.S.S. Héctor González Díaz, al Mtro. Jorge Luis Salinas y al Lic. José Esteban Vaquero.

Y por supuesto a una gran amiga a quien no encuentro palabras para mostrar mi gratitud por todo su apoyo sin el cual yo no hubiese podido culminar exitosamente; y a mi compañera de tesis la Lic. Rocío Romero Reséndez y a su hermosa familia que siempre confió en nosotras y tuvo una palabra de aliento ante nuestros momentos difíciles.

Todo esto es muestra de la Constancia, Sacrificio y con la ayuda de las personas más cercanas a ti, puedes llegar a cualquier lugar.

Gracias Familia Núñez y Familia Gallegos

Scelene

A ti Señor, quien eres el impulso de todas las cosas que realizo.

A mis padres, por la paciencia que siempre me tuvieron y confianza al apoyarme en cada momento de mi carrera.

En especial a mis hermanos Polo y Mayra por sus palabras de aliento y su valioso ejemplo.

A Merci, por lo que significa en nuestras vidas.

A ti Humberto, porque siempre me alentaste a seguir adelante y estuviste conmigo hasta el final.

Un agradecimiento a mis maestros, que sin ellos no hubiera podido llegar a esta parte importante en mi vida.

Al Mtro. en I.S.S. Héctor González Díaz por su enseñanza y valiosa ayuda al brindarme sus conocimientos. Gracias

Al Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez por su orientación de esta tesis. Gracias.

Al Lic. José Esteban Vaquero Cazares por su comprensión y dedicación. Gracias.

Y como mayor atribución al LAET. Javier E. Pinto Romero y al C.P. Andrés Nava Noyola por haber creído en mí y por su apoyo incondicional y sobretodo por haberme ayudado para ver culminado mi sueño.

A mi gran amiga y compañera: Lic. Selene Gallegos Nuñez por lo que ha representado a lo largo de mi vida y de este trabajo, que sin ella no hubiera podido llegar al final. Gracias.

Rocio.

INDICE

	pag.
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1	
La Calidad y su importancia en la actualidad	2
1.1 Definición de la calidad	6
1.2 Importancia de la calidad de la atención medica	7
1.3 Evaluación de la calidad de la atención medica	12
CAPITULO 2	
Satisfacción	16
2.1 Importancia del reporte de satisfacción	16
2.2 Satisfacción como proceso psicologico	17
2.3 Estudios que se han realizado en relacion al reporte de satisfacción del usuario	19
2.4 Definición de satisfacción	24
CAPITULO 3	
Un estudio sobre el papel de las experiencias en la formación de expectativas a través del reporte de satisfacción	27
3.1 Metodología	27
3.1.1 Sujetos	27
3.1.1.1. Criterios de inclusión	28
3.1.1.2. Criterios de exclusión	28
3.1.2. Materiales	28
3.1.3. Escenarios	28
3.1.4. Diseño	29
3.1.5. Procedimiento	29
CAPITULO 4	
Resultados	31
4.1. Datos demograficos	31
4.2. Instrumento de satisfacción de la atención medica	31
4.2.1. Dimensión de ejecución profesional	32
4.2.2. Dimensión de actitud profesional	32
4.2.3. Dimensión de organización	34
4.3. Instrumento de experiencias y expectativas	36
4.3.1. Dimensión de ejecución profesional	36
4.3.2. Dimensión de actitud profesional	37
4.3.3. Dimensión de organización	38
4.4. Asociación satisfacción y experiencias	39
CAPITULO 5	
Discusión	40
CAPITULO 6	
Conclusiones	48
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	
Cuadros y figuras	
Instrumentos de satisfacción y experiencias y expectativas	
Clasificación de dimensiones y categorías de los instrumentos	

RESUMEN

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDEZ Y EL PAPEL QUE JUEGAN LOS ASPECTOS MAYORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD HA IDO COBRANDO POCO A POCO MAYOR IMPORTANCIA, YA QUE SE HA ENCONTRADO QUE EL ESTUDIO AL RESPECTO NOS SUGERIRÁ LAS POSIBLES LIMITACIONES QUE EXISTEN, DENTRO DEL ÁREA DE LA SALUD, DE AQUÍ QUE, CONSIDEREMOS RELEVANTE EVALUAR LOS SERVICIOS DE SALUD A PARTIR DE LAS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS DESDE LA PERSPECTIVA PARTICULAR DE LOS USUARIOS. CON EL OBJETIVO DE IDENTIFICAR LA POSIBLE INFLUENCIA QUE PUDIERA EXISTIR ENTRE LAS EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE EL REPORTE DE SATISFACCIÓN CON 120 RESPONSABLES DE MENORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL (ISEM) "HOSPITAL MAXIMILIANO RUIZ CASTAÑEDA" LOS RESULTADOS NOS MUESTRAN QUE EN EL INST. DE SATISFACCIÓN LA MAYORÍA DE LOS REACTIVOS EMPLEADOS CUMPLEN CON EL GRADO DE CONFIABILIDAD ESTABLECIDO, YA QUE, ES DE 9253 CON PROBABILIDAD MENOR QUE 05. EN EL INSTRUMENTO DE EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS ENCONTRAMOS CIERTO PROBLEMA PARA EXPRESAR EL TIPO DE EXPERIENCIA QUE HAN TENIDO ANTE UNA ATENCIÓN MÉDICA YA SEA POSITIVA O NEGATIVA, ESTO QUIZÁS PUEDA DEBERSE A VARIAS CUESTIONES, PRIMERA A SU CORTA EXPERIENCIA YA QUE FRECUENTEMENTE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA MENCIONABAN QUE ESE ERA EL ÚNICO SERVICIO AL QUE HABÍAN ACUDIDO, OTRA RAZÓN PUDIERA DEBERSE TAMBIÉN AL PLANTEAMIENTO DE LOS REACTIVOS POR LO QUE NO PODEMOS DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE QUE LAS PREGUNTAS NO FUESEN DEL TODO CLARAS POR LO QUE HABRÍA QUE REPLANTEARLAS Y SOMETARLAS A UN ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA DETERMINAR SU CONFIABILIDAD FINALMENTE, A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE CORRELACIÓN SE ENCONTRÓ QUE SI EXISTE RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS CON EL REPORTE DE SATISFACCIÓN, RECORDANDO QUE ESTOS SON SOLO ALGUNOS DE LOS TANTOS ASPECTOS QUE INFLUYEN EN DICHO REPORTE, YA QUE CADA PERSONA ASIMILA O APRENDE DE FORMA DISTINTA LOS ACONTECIMIENTOS.

INTRODUCCIÓN

A partir de los años 90's el concepto de calidad ha sido muy empleado, principalmente por empresas donde existen estándares o medidas cuantitativamente validadas para decidir si un producto (o servicio) cumple con los requerimientos necesarios según lo establecido.

Sin embargo, en la actualidad todavía no se determinan o establecen los estándares válidos para considerar que un servicio es o no de calidad, ya que se dice, que un servicio es de calidad siempre y cuando éste satisfaga las necesidades, valores y expectativas de los consumidores del servicio en relación a los aspectos de duración, funcionalidad, costo, mantenimiento y servicio.

Por tal motivo, dentro de los servicios podemos ubicar al Sector Salud, en donde la evaluación de la calidad de la atención de estos, es una actitud importante, ya que a través de ella se puede obtener información de los resultados de la atención así, como el establecimiento de estándares para mejorar los servicios dentro de un marco de racionalidad y en escasez de recursos. Esto se ha evaluado, a partir del reporte de satisfacción del paciente, debido a que es considerado como una medida para evaluar la calidad en los Servicios de Salud.

Es importante mencionar, que en México, existen pocos estudios dirigidos a la evaluación de la calidad con la que cuentan los Servicios de Salud en un segundo nivel de atención y, mas aún, no incluye la posible influencia de aspectos psicológicos en el reporte de satisfacción del paciente.

Por tal motivo, la presente investigación tiene por objetivo, determinar el papel de las experiencias del usuario en base al reporte de satisfacción.

CAPITULO 1

LA CALIDAD Y SU IMPORTANCIA EN LA ACTUALIDAD

Diversos directores y gerentes de las empresas de manufactura y servicios manejan un asunto muy crítico: la rentabilidad o reutilabilidad que es donde se determina el éxito o fracaso a largo plazo de cualquier empresa. De acuerdo con ellos existen tres determinantes de ésta, La productividad (que es el volumen de producción alcanzada por unidad de consumo); el costo de las operaciones y la calidad de todos los servicios que se producen. De éstos tres determinantes: la calidad se considera como el factor mas importante para establecer el éxito o el fracaso de cualquier empresa. La alta calidad de bienes y servicios puede dar margen competitivo a una organización; la alta calidad reduce costos, incrementa productividad, ganancias y otros tipos de éxito (James, Y William, 1995).

En un amplio sentido el aseguramiento de la calidad quiere decir cualquier acción que se toma como fin dar a los consumidores productos (bienes y servicios) de calidad adecuada. Se dice que el aseguramiento de la calidad en los aspectos de producción data desde el año de 1450 a.C. aproximadamente

El éxito de los egipcios se debió a los métodos y procedimientos uniformes, y en los instrumentos exactos de medición. La fabricación de sus armas llevaba un proceso de producción incluyendo un método para el control de calidad.

A principios del siglo XX , el trabajo de Frederick W. Taylor, padre la administración científica, originó un nuevo concepto de la producción. Al descomponer un empleo o trabajo en tareas individuales , es decir, se separaron las tareas de inspección de las de producción. Esto condujo a la creación de un departamento separado de calidad en las empresas de producción. Durante la década de los años 20's, los empleados del departamento de inspección de Western Electric fueron transferidos a Bell Telephone Laboratories. Las acciones de éste grupo comprendían la formulación de nuevas teorías y métodos de inspección para mejorar y mantener la calidad.

Los pioneros del aseguramiento de la calidad fueron Walter Shewhart, Harold Dodge, George Edwards y demás a quienes se les otorga el mérito de haber sido los que acuñaron el término de "aseguramiento de la calidad". La elaboración de gráficas de control por parte de Shewhart, de técnicas de muestreo Dodge, y las técnicas de análisis económicos para resolver problemas según Jorge Edwards fueron la base de el aseguramiento moderno de la calidad.

Durante la década de los 50's, dos eminencias norteamericanas, los doctores Joseph Juran y W. Edwards Deming, introdujeron las técnicas de control estadístico en Japon, durante el periodo de reconstrucción de ese país. " La calidad de los productos japoneses no mejor rápidamente sino tardó mas de 20 años para superar los niveles de calidad de los productos occidentales. Sin embargo, mientras la calidad de los productos japoneses crecía, la de los occidentales permanecía sin avances. El éxito de los japoneses se ha debido a que ellos han trabajado con la orientación hacia la calidad total, por lo que a partir de su triunfo económico, el tema de calidad se ha difundido ampliamente en todo el mundo" (Ib ídem, p.p. 5).

Así, durante la década de los 70's los productos japoneses ocuparon los primeros lugares en los mercados occidentales debido a su calidad.

A razón de este desplazamiento en el mercado , diversas empresas estadounidenses incrementaron varias campañas para el mejoramiento de la calidad , haciendo énfasis en que ésta ha pasado de una metodología puramente técnica de inspección, muestreo y control, a una obsesión gerencial que ha afectado a todo empleado, es decir, se convierte en un sistema de producción, el cual es considerado como el conjunto de todas las actividades interrelacionadas que intervienen para producir bienes y servicios.

Para todo sistema de producción son determinantes tres áreas: la elaboración del producto, el proceso de producción y el uso del producto. La elaboración y el uso del producto son actividades orientadas hacia el cliente. En ellas el esfuerzo de la calidad se debería centrar en la determinación de las necesidades y requerimientos del cliente, y a traducirlas a diseños del producto que cumplen los criterios de adecuación para el uso. El proceso de producción queda en su mayor parte bajo el control de la organización de la empresa. En éste caso los esfuerzos de calidad se dirigen a asegurar que el producto cumpla las especificaciones (control de calidad).

Cabe mencionar que, al examinar la evolución histórica de la calidad podemos resaltar cuatro influencias significativas que afectan las actitudes hacia la calidad:

- 1) La conciencia del consumidor.
- 2) Las mejoras en la tecnología.
- 3) Los principios y prácticas administrativas inadecuadas y.
- 4) El impacto económico sobre la competitividad nacional.

La calidad comienza con el consumidor. Durante las décadas de los años 50's y 60's cuando "made in Japan" se asociaba a productos corrientes, con el tiempo los consumidores norteamericanos asumieron los bienes de ese país y aceptaron su calidad sin titubear.

Sin embargo, durante la década de los años 70's, el aumento en la competencia mundial y el surgimiento de los productos extranjeros de alta calidad condujeron a los consumidores a examinar con mas cuidado las decisiones de compra. Comenzaron a esperar y pedir alta calidad y confiabilidad en los bienes y servicios, a un precio justo, exigieron que los productos funcionarían bien, que no se rompieran ni fallaran con un uso razonable, y en los juzgados se respaldó esa actitud.

Este mayor enfoque del consumismo, fortalecido por las actividades de Ralph Nader y diversos grupos de interés en los consumidores ha afectado las operaciones de casi todas las empresas de manufactura y servicios. Los consumidores están en la mejor posición ahora mas que nunca para comprar, y escoger productos en forma critica según su valor total: calidad, precio y facilidad de mantenimiento (Ib Ídem. p.p.6).

Este crecimiento de la conciencia del consumidor hacia la calidad ha provocado mas tensión en las empresas. Mientras mas complejo es un producto desde el punto de vista tecnológico, es mas probable que le falle algo. De ésta manera las demandas del consumidor y los cambios tecnológicos dinámicos han abierto mercados nuevos y altamente competitivos. La calidad de los bienes y los servicios ya no se puede dar por hecho.

Como podemos observar los términos: control de calidad, sistemas de producción para la calidad, consumidor, etc son términos que han sido relacionados con las empresas de manufactura las cuales se dedican a la producción de objetos. Sin embargo, de unas décadas a la fecha se han tratado de enfocar éstos términos también al otorgamiento de los servicios tales como: bancos, hoteles, correos, hospitales, etcetera.

Es importante señalar que aunque los términos anteriormente señalados y otros que han sido retomados de las empresas de manufactura no son de igual manera aplicados a los servicios, según Williams y Evans (1995), existen diferencias entre estos dos, las mas importantes se refieren a:

- 1) Que el producto de los sistemas de servicio es, por lo general intangible, en tanto que la manufactura da productos tangibles y visibles.
- 2) Los servicios se consumen a medida que se crean y no se pueden almacenar como los bienes manufacturados, esto elimina la posibilidad de una inspección como medio de control de calidad.
- 3) En general, los servicios consumen mas mano de obra, en tanto que la manufactura consume mayor capital.

Por ejemplo, el cuidado de pacientes en hospitales depende mucho del desempeño de médicos, enfermeras y demás personal. Agregando a todo lo anterior para una manufactura puede ser mas fructífero invertir capital para crear máquinas que reemplacen

la mano de obra, sin embargo, para algunos trabajadores del servicio e incluso para los usuarios esto puede tener un efecto adverso para la calidad. Hay quienes dicen que disminuye la satisfacción del cliente debido a la falta de interacción personal

4) Por último, la producción de servicios sugiere, por lo general, un mayor grado de costumbre que la de bienes manufacturados.

Es importante señalar que debido a la gran diversidad de servicios que existen nos ha llamado la atención los servicios de salud; en donde nuestro interés estará enfocado solamente a la calidad de dichos servicios.

1.1. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD

Según el Wester's New World Dictionary define a la calidad como " lo que hace que algo sea como es ; elemento característico; naturaleza básica ,tipo; el grado de excelencia o superioridad de una cosa "

La terminología oficial de la calidad de los E.U. , la normalizó el American National Standars Institute (ANSI) , quien define a la calidad como : "La totalidad de particularidades y características de un producto o servicio que se relacionan con la calidad y forman la base para la medición y control. La "Capacidad de satisfacer determinadas necesidades " refleja el valor del producto o servicio para el cliente que comprende el valor económico y también la seguridad, confiabilidad y facilidad del mantenimiento

Garvin (1984) menciona cinco modos distintos de explicar la calidad :

I. Definición trascendente, es la noción común de la calidad que usan con frecuencia los abogados que es sinónimo de superioridad o excelencia

II. Definición basada en el producto, nos dice que la calidad es una variable precisa e inmutable, y que las diferencias en la calidad reflejan diferencias en la cantidad de algún atributo del producto.

III. Definición basada en el usuario, ésta se apoya en la hipótesis de que la calidad está determinada por lo que desea un comprador y lo que esta dispuesto a pagar. Se define a la calidad como " adecuación para el empleo pretendido", es decir, que tan bien desempeña el producto su función deseada. Para determinar la adecuación a un uso pretendido, se deben tener en cuenta puntos como el uso pretendido del producto, la frecuencia del uso, el costo, la perfección técnica, la confiabilidad, la utilizabilidad, o esperanza de duración. La definición de adecuación al uso es impulsada por la satisfacción del cliente, la cual se ha convertido en la principal definición de calidad desde una perspectiva administrativa: en donde explica que la calidad es cumplir o mejorar las expectativas del cliente.

IV. Definición basada en la manufactura, la calidad es un resultado de las prácticas de ingeniería y de manufactura, o "apego a las especificaciones". Las especificaciones son metas y tolerancias que determinan quienes proyectan productos v servicios. Las metas son los valores ideales hacia los cuales debe tender la producción, las tolerancias se especifican porque los diseñadores reconocen que en manufactura es imposible cumplir con todas las metas siempre.

V. Definición basada en el valor, esta define a la calidad en terminos de costos

De las anteriores definiciones mencionadas consideramos que la que ésta basada en el cliente será en nuestro caso la mas adecuada, ya que, ésta enfocada a conocer la calidad a través del reporte de satisfacción del usuario.

1.2. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA

En los últimos años la calidad de la atención médica a cobrado mayor interés a nivel internacional por lo que ha pasado a ser parte importante del ejercicio de los profesionales de la salud, ya que se debe tener en cuenta que, la calidad no solo corresponde al ámbito empresarial sino también como lo es en el área médica

En México desde el siglo XIX existe preocupación tanto del gobierno , como de los trabajadores mexicanos por la salud pública y resaltan la importancia a la calidad no solo de alimentos, bebidas y medicamentos sino también del saneamiento ambiental y la práctica médica.

Dicho interés queda establecido como un derecho constitucional en 1917 en el artículo 123 en el cual se establece el compromiso de mejorar las condiciones sociales y de forma especial la salud biológica, psicológica y social de la población mexicana (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos)

Con frecuencia el sistema de entrega del servicio depende del tiempo, las necesidades del cliente y las normas de funcionalidad que muchas veces son difíciles de identificar

El cliente y el trabajador de los servicios deben interactuar para que la entrega de servicio sea completa. Finalmente la producción de servicios requiere, por lo general, un mayor grado de costumbre que la de bienes manufacturados. Un doctor, un abogado, un vendedor de seguros y hasta un empleado de restaurante debe dar el servicio a la medida del cliente individual.

Esas diferencias según James Evans y William (1995) tienen consecuencias importantes al garantizar la calidad. Esta depende del individuo que da el servicio, del equipo que se usa, de los datos que dispone y de las decisiones que toma. La calidad en este caso está determinada por los requisitos del cliente, y se debe diseñar en la producción del servicio.

Todo lo anterior marca algunas diferencias entre la calidad de una manufactura y un servicio, pero aunque no lo parezca ambas comparten algunos puntos en común por ejemplo Lindsay (1995) nos menciona que por lo menos existen dos.

1) Ambas creen en la naturaleza intrínseca, esto es, que deben responder a las necesidades del cliente, es decir, el servicio debe ser "adecuado para su uso".

2) En los servicios las normas, para cumplir con las especificaciones se deben elaborar de acuerdo con el producto de un modo semejante a la manufactura.

En los servicios, existen particularidades que distinguen a la calidad y estas difieren de acuerdo al tipo de manufactura. Las dimensiones más importantes de la calidad del servicio según Evans (1995) son:

- **Tiempo.** Cuanto tiempo espera el cliente
- **Puntualidad.** Cuanto tiempo espero el cliente para recibir el servicio.
- **Totalidad.** Son considerados todos los aspectos de la requisición.
- **Cortesía.** Saludan los empleados de recepción a los clientes.
- **Consistencia.** Se proporcionan de igual manera los servicios a todos los clientes.
- **Accesibilidad y comodidad.** Es fácil obtener el servicio.
- **Exactitud.** Se proporciona el servicio correcto desde la primera vez.
- **Flexibilidad.** Puede reaccionar con rapidez el personal de servicio a problemas inesperados.

Sin embargo, todavía existen numerosas empresas de servicios (aerolíneas, bancos, hoteles) que a pesar de tener un sistema de aseguramiento de calidad bien elaborado, se basan en analogías con el sistema industrial y tienden a estar más orientadas hacia el producto que hacia el servicio, olvidándose de la transacción, conducta y eficiencia del empleado.

Carol King (cit: en Evans y Lindsay, 1995) sugiere varios puntos que deberían tener en cuenta las empresas de servicio al instituir su sistema de aseguramiento de la calidad las cuales son:

- **Tomar en cuenta las críticas y percepciones del cliente.**
- **Tomar en cuenta que la calidad de la interacción humana, ya que es un factor vital en todo momento.**
- **La imagen también es una característica de la calidad.** Este es uno de los factores principales que modela las expectativas del cliente en relación con su servicio. El deterioro de la imagen puede ser perjudicial.
- **Establecer normas de juicio personal, y probarlas para ver si su nivel es satisfactorio.**
- **Tener en cuenta la conducta del cliente y la competencia del personal al momento de analizar.**

* Se puede requerir la actividad de control de calidad cuando o donde no este presente el personal de control o supervisión.

Tal como se han sucedido diferencias al definir la calidad, también nos hemos encontrado con ciertos problemas al intentar definir la calidad de la atención médica. Por tal razón, nos dimos a la tarea de retomar algunos puntos de vista, para así, de esta manera, dar cuenta de su importancia y trascendencia.

Bloom (1973), define la calidad de la atención médica como:
 "... aquel conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención de los pacientes desde los puntos de vista técnico y humano para alcanzar los efectos decididos por los médicos y a beneficio de los usuarios. " (pag. 123).

Este mismo autor considera a la calidad de la atención médica como un medio muy importante para lograr la eficacia de los servicios, y afirma que la prestación de un servicio es un proceso en el cual se involucrarán dos aspectos; por un lado, el técnico (criterios y procedimientos médico-clínicos) y, por otro, el subjetivo (calidad humana), que se refiere al trato recibido por los usuarios. Ambos aspectos dependen en gran medida tanto del acto médico como de la infraestructura administrativa.

Años más tarde, Donabedian (1984), corrobora la existencia de dos elementos importantes de la calidad de la atención que son el técnico y el humano o de relación interpersonal. Además, realiza un análisis más detallado al respecto y considera que la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la tecnología y técnica médicas de tal manera que, rinda el máximo de los beneficios para la salud, sin aumentar con ello los riesgos. A diferencia de Bloom, Donabedian considera a las "amenidades" como otro elemento de la calidad de la atención. Con "amenidades" se refiere a aspectos tales como: el ser agradable, estar cómodo y en un cuarto con buena iluminación, ventilación, etcétera.

Por el contrario, a últimas fechas Jones, (1990) considera como una buena atención médica a aquella medicina realizada por líderes reconocidos de la atención médica con cierto desarrollo social, cultural y profesional, de una comunidad o de un grupo de población, ya que "La práctica médica es un arte y como tal no puede ser estandarizada del mismo modo que no se puede uniformar el arte de escribir". Mas detalladamente este autor menciona siete aspectos que debe tener el servicio médico para considerarse de calidad.

- 1) La atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina sustentada en las ciencias médicas
- 2) Una buena atención médica enfatiza la prevención.

- 3) La buena atención médica exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de medicina científica.
- 4) La buena atención médica trata al individuo como un todo.
- 5) Una buena atención médica sostiene una relación personal cercana y continua entre el médico y paciente.
- 6) La buena atención médica funciona en coordinación con el trabajo social.
- 7) La buena atención médica coordina los diferentes tipos de servicios médicos.

Ruelas (1989) define por su parte a la calidad de la atención médica como un mecanismo dinámico que esta en constante transición. El término de la "atención exitosa" y "calidad de la atención" se emplean como sinónimos. Es decir, el "buen o mal" servicio es considerado en función a como el médico trata al paciente.

El grupo básico interinstitucional de evaluación (Ruelas, 1989), ha definido a la evaluación de la calidad de la atención médica como: "El análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de atención de los pacientes, asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio, mediante una organización institucional establecida"

Así mismo, Aguirre-Gas.(cit. en: Ruelas 1989) colaborador del grupo interinstitucional de evaluación define, a la calidad de la atención médica como: "Un proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo a los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos" El considera que es importante tomar en cuenta que la calidad de la atención puede ser dirigida no solo a la corrección sino a la posible prevención de situaciones, ya que estas pueden obstaculizar un mejoramiento deseado.

Finalmente, Paganini (1993) define a la calidad de la atención como el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales y actuales.

Como se puede observar existen diferentes puntos de vista o enfoques sobre la calidad de la atención médica, para algunos autores los servidores médicos son los que determinan la calidad, para otros se incluyen otros aspectos como lo técnico y el trato humano, para otros el que debe de determinar la calidad es el que esta recibiendo el servicio es decir, el usuario.

Donabedian (1984), tomando en cuenta tales aspectos nos menciona que los podemos clasificar principalmente en 4 :

1) **CONCEPTO UNIFICADOR** . Es "aquella clase de atenciones en el que se espera proporcionar al paciente el máximo y mas 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".

3) **CONCEPTO INDIVIDUALISTA** . Dado por los pacientes y en forma individual como "a la atención que satisfaga los deseos, expectativas, valores, de cada paciente ". 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 que esta representa; y refleja indirectamente los valores y necesidades sociales, al dirigir, sus sistemas de atención a un sistema de atención preferencial (atención al niño sano, inmunizaciones, etcétera.).

Cabe mencionar que, estas definiciones ponen de manifiesto aquellos atributos del PROCESO que intervienen en definir a la CALIDAD DE LA ATENCIÓN, por un lado, se encuentran los atributos científicos y tecnológicos como 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 esta el concepto unificador.

Se puede decir que, existe una mayor preocupación por los prestadores de servicios médicos por proporcionar una atención con mayor calidad, de ahí la tarea de realizar estudios sobre esta. Cada uno de ellos intentará lograrlo de acuerdo a sus lineamientos o necesidades, en lo que son los aspectos humanos y técnicos de acuerdo a los avances tecnológicos de la medicina.

Por lo tanto, se puede decir que, la calidad de la atención hospitalaria en la actualidad es mas eficiente que en décadas pasadas por existir mayor organización y atención al paciente, ya que tratan a este con el mejor cuidado. Además, se puede observar, que el trato médico-paciente es ahora mas humano que profesional por lo que se interesa por tener todas las instalaciones adecuadas y en buen estado para su mejor recuperación.

Es útil reconocer que existen niveles de atención médica en función a que esta se ofrece a nivel privado o bien insitucional o público, existiendo en ambas, diferencias de organización, intereses, política, y costos, tendencias hacia uno u otro modo de atención, y por lo tanto, existiendo diferentes modos de evaluación y definiciones de calidad de atención (Donabedian, 1984)

1.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA

La evaluación de la calidad de los servicios es una actividad que cada vez esta cobrando mayor importancia ya que, a través de ella se puede obtener información acerca de los resultados de la atención y el cumplimiento de estándares para mejorar los servicio dentro de un marco de racionalidad y escasez de recursos.

Paralelamente, con el desarrollo cada vez mayor de servicios públicos que prestan atención, en un incremento cada vez mayor de la demanda, y de la necesidad de adoptar y planificar medidas de organización mas eficaces, se han desarrollado métodos que evalúan la prestación de servicios médicos, encontrando a el reporte de satisfacción de pacientes, como un método eficaz de evaluación.

Al respecto se han hecho numerosos estudios basados en los lineamientos de la mercadotecnia; encontrándose en común tres aspectos influyentes en la satisfacción de los usuarios:

1. Las expectativas, son aquellas concepciones subjetivas que se emplean para juzgar un producto o servicio antes de ser recibido. Al respecto Pascoe (citado en Barrón 1988) 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.

Otros autores como Ruiz de Chávez, Martínez, Calvo, Aguirre-Gas, Arango, Cara, Caminos, Ortiz, Ugalde y Herrera (1990) mencionan que no solo existen expectativas del cliente o paciente sino también del prestador del servicio y hasta de la institución.

Para ellos las expectativas de los pacientes incluyen aspectos como: el que esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para disponer de ellos; con atención cortésia y oportunidad; con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, etc. Además, esperan contar con información suficiente por parte del personal administrativo médico y de enfermería; también esperan contar con recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención (equipo, instrumental, entre otras).

De igual manera, esperan contar con personal médico en general suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica; esperan que exista una óptima realización del proceso de la atención. Finalmente, esperan contar con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a la solución del problema o problemas que motivaron el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

Como se puede observar los enfoques en relación con la calidad de la atención son diferentes y la evaluación debe dar atención a cada uno de ellos; sin embargo, en algunos de los aspectos señalados existe concordancia de las expectativas.

En lo que se refiere a las expectativas de el trabajador, nos dice que este espera dar atención a los pacientes contando con instalaciones, equipo apropiados, coordinación y apoyo de las áreas que participan en la atención del paciente y remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Finalmente, las expectativas de la institución están en relación a que pretende que sean proporcionadas por los trabajadores, calidad en la aplicación de las normas y programas que la misma institución emite.

2. **Dominio del sistema de consumo**, esto incluye todo lo proporcionado en la prestación del servicio (ESTRUCTURA PROCESO Y RESULTADO) (Czepiel y Rosemberg 1977 citados en Barrón 1988).

* Según Donabedian (1980,p.81), la *estructura* se refiere a las "características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan... así como también incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica, y comprende el número, distribución, capacidades y experiencias del personal profesional y también del equipo de los hospitales y otras instalaciones". El mismo autor destaca la amplitud de concepto de estructura cuando

afirma que: "el concepto va mas allá de los factores de producción, para incluir los mecanismos por los que se organiza el financiamiento y suministro de servicios de salud, en sentido formal e informal, la presencia de seguros médicos, la forma en que los médicos realizan su trabajo, la práctica individual o en grupos, los mecanismos por los que reciben su pago (Donabedian, 1980,p.81)

Por lo tanto, dice el que "la relación entre la estructura y la calidad de la atención es de máxima importancia para planear, diseñar y llevar a la práctica sistemas cuya meta es brindar servicio a personales de salud" y que la "buena estructura", es decir, suficiencia de recursos y un diseño de sistemas apropiado; quizá constituya el medio mas importante para proteger y estimular la calidad de la atención" (Donabedian, 1980,p.82).

De la misma manera, este autor ha definido a el *proceso* como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y pacientes, como seria un examen médico y el cumplimiento de normas de práctica satisfactoria. Los procesos incluyen el reconocimiento de problemas, métodos diagnósticos, tratamiento y asistencia.

Otros autores (Doll,1974) consideraron como una sola entidad al proceso y la estructura. Con arreglo a ello, la evaluación de los servicios de salud tendria dos enfoques la evaluación del proceso de atención (recursos y actividades) y la de los resultados Williamson (1971) identifica cuatro categorías de procesos procesos diagnósticos, resultados diagnósticos, procesos terapéuticos y resultados terapéuticos

Estas etapas intermedias en cuanto a procedimientos son definidas por Donabedian como "puntos finales de procedimientos" (1980), y son importantes para definir e identificar los resultados específicos de procesos, y también en la especificidad de los indices y medidas de los resultados.

Por último, los *resultados* de los servicios de atención se definen como los cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente. Pueden describirse en una o mas de siete categorías: longevidad, comodidad, satisfacción, enfermedad, logro o realización y resistencia (Starfield,1973)

Uno de los principales indicadores de la calidad de la atención médica es , *la satisfacción*, la cuál es reportada por medio de los pacientes

Se entiende por "satisfacción" a la acción y efecto de satisfacerse y/o complacencia del paciente. Estado que resulta de la realización de lo que se pedía o deseaba con lo que se obtuvo. (González y Morelo,1984, citado en López, Payán, 1988)

En la evaluación de la calidad de la atención médica algunos autores consideran a la satisfacción del paciente como parte de la estructura y proceso de la atención (Márquis y. Ross, 1983).

3. La tercera medición la representa las dimensiones del sistema de consumo, las cuales son clasificadas en dos grupos :

- a) Instrumentos que dependen al tipo de muestra de la investigación, en este caso, incluye preguntas relacionadas con el desempeño de los médicos.
- b) El segundo aborda en una forma directa a los individuos que están recibiendo la atención médica en ese momento y que responden a las preguntas que se refieren a la calidad del servicio prestado.

CAPITULO 2

SATISFACCION

2.1. IMPORTANCIA DEL REPORTE DE SATISFACCIÓN

En la última década los sistemas de información y globalización de los servicios han creado una nueva conciencia en el consumidor exigente y que pide calidad en todos los servicios y productos. Ha creado un consumidor proactivo y exigente. Este tipo de consumidor propiciado que las organizaciones públicas y privadas piensen y actúen en varios términos de calidad. Esto ha sido posible observarlo en todos los ámbitos: el empresarial, educativo y en los servicios.

Es exactamente esa actitud de exigencia del usuario la que ha llamado la atención principalmente a las empresas y servicios quienes desde los 80's consideran a este como un elemento básico para definir la calidad. La opinión (el reporte de satisfacción) del usuario es entonces un elemento fundamental para esclarecer el funcionamiento de lo que el está recibiendo ya sea en un servicio de salud o producto.

Es por ello que uno de los elementos más importantes para la evaluación de los servicios de salud es la determinación de la satisfacción de los pacientes. La información de satisfacción es valorable, debido a que en ésta nosotros obtenemos información sobre el punto de vista del consumidor esto es, si lo que queremos es hacer una evaluación más real de los servicios de salud sin tener sesgos en la evaluación al considerar únicamente las apreciaciones que el investigador o los prestadores del servicio hacen (López Payán, 1988).

El evaluar la satisfacción del paciente puede ofrecer varias ventajas de acuerdo a Harteloh y Casparie, 1991 (cit. en: Wensing y Cols, 1994), las cuales son:

- a) Un medio para alcanzar la calidad en el cuidado.
- b) Proporciona el resultado del cuidado otorgado.
- c) Un indicador de los aspectos de cuidado que hayan sido insatisfactorios.
- d) puede ser usado para la evaluación de la calidad del cuidado por medio de los valores objetivos previamente determinados.

Sin embargo, en un estudio realizado por Wensing, Grol y Smiths (1994), los llevó a la conclusión que en pocas ocasiones dentro de la práctica general se observan progresos

que se han basado en los reportes de los pacientes como una metodología para mejorar la calidad.

Ahora bien, Hulka, Barbara, Zyzanski, Cassel y Thompson (1970, cit. en: Salinas y Landeros, 1996), mencionan la idea que se ha aceptado la idea de estudiar las actitudes en relación a la satisfacción del paciente con el cuidado médico, por ello la satisfacción o insatisfacción ha sido sugerida como un criterio para medir la calidad del cuidado

Para tal asunto se han desarrollado métodos que evalúan la prestación de servicios médicos encontrando la determinación de "satisfacción de pacientes" como un método eficaz de evaluación, además de que este método considera vital la opinión de pacientes y su intervención en la organización de los servicios de salud.

Por los años 80's se planteó una definición que impulsa la satisfacción del cliente, y se ha convertido en la principal definición de calidad desde una perspectiva administrativa, en donde la calidad es cumplir o mejorar las expectativas del cliente.

La inquietud por conocer el grado de satisfacción de los pacientes han llevado a diversos investigadores a crear distintos medios para indagar mas al respecto. En algunos casos se han creado pequeños instrumentos, enfocados a aspectos técnicos, otros a aspectos humanos, etc. Algunos de estos se han planteado en forma de entrevista y otros en forma de inventarios. Lo que es real es que todos estos instrumentos han sido muestra del interés de los estudiosos de la salud por conocer el grado de relación que existe entre la satisfacción con la calidad de la atención médica.

2.2. SATISFACCIÓN COMO PROCESO PSICOLÓGICO

Es importante mencionar, que para poder evaluar eventos relacionados con la satisfacción del paciente tenemos que tomar en cuenta algunos aspectos psicológicos, propuestos en las teorías de expectativas y actitudes que muestren un panorama general acerca de lo que queremos evaluar.

De la misma manera, Fishbein y Ajzen, 1975 (Salinas y Landeros 1996) distinguieron actitud de percepción, en donde un tipo de percepción son las creencias, las cuales se refieren a la cognición, mientras que las actitudes se refieren al afecto. Estas a su vez, representan la información que un individuo tiene sobre un objeto; ellos vinculan un objeto con algún atributo.

Dentro de los intentos por explicar la influencia de la satisfacción encontramos diversas Teorías como la explica:

Fishbein (1984), expectativa-valor, existe una relación entre las creencias y las actitudes. Una creencia es el resultado de una observación directa de procesos de inferencia, algunas creencias pueden persistir horas extras, otras pueden ser olvidadas y por ultimo, pueden ser tomadas nuevas creencias.

Las creencias acerca de las consecuencias de una conducta o persona específica pueden variar considerablemente, por ejemplo, las creencias acerca de la atención de una iglesia puede diferir en el momento que se presenta un evento distinto que cambia a la conducta previa, por lo que, las personas pueden cambiar actitudes en función de las variaciones en este sistema de creencias.

Con el mismo interés, Tolman (1932 citado en, Fishbein), nos habla sobre la importancia de la Teoría Expectativa-Valor en donde menciona que la gente aprende "expectativas" a través de creencias, donde las respuestas pueden ser continuadas por eventos. Esos eventos también pueden servir como reforzadores positivos o negativos de tales creencias del evento. Este argumento, esencialmente permite aprender a actuar o hacer mas posible que se cumplan las expectativas

Quizá la mejor aportación del modelo de la teoría expectativa-valor, es la utilidad de la expectativa (SEU), (Edwards,1954) De acuerdo con este modelo, cuando una persona ha hecho una elección esta será dirigida hacia la alternativa con el valor subjetivo mas alto, por ejemplo, la consecuencia que mas le guste o le sea mas favorable. La utilidad de la expectativa esta representada de acuerdo a la siguiente ecuación:

$$SEU = \sum SP_i U_i$$

Donde SEU, es la utilidad de la expectativa subjetiva (Subjective, expected utility), asociado con una alternativa proporcionada; SP, es la probabilidad subjetiva de que la elección estará dirigida a una consecuencia; i, U_i , es el valor subjetivo o utilidad de la consecuencia i, y, la n es el numero relevante de consecuencias.

Se dice que Rosenberg,(1956), quizá fue el primero que ubico de manera explicita al modelo "Expectativa-Valor" en el área de actitudes, el definió una actitud como: "Un estado relativamente afectivo de respuesta dirigida a una meta"; y argumento que esta actitud esta acompañada de estructuras cognitivas construidas por creencias acerca de las metas para lograr o no la realización de los estados de valor.

Las expectativas son creencias de una respuesta que serán seguidas por algún evento; un evento tiene ya sea un balance o afecto positivo o negativo, entonces de acuerdo al modelo Expectativa-Valor, creer y asociar evaluaciones son los determinantes de una actitud, es decir, "La actitud de una persona hacia un objeto esta relacionada a sus creencias de que el objeto posee ciertos atributos y sus evaluaciones de sus atributos"

Por otra parte, dentro de una clinica se piensa que la satisfacción, se basa en la función curativa del funcionamiento del sistema, es decir, es un indicador directo. La satisfacción muestra también los valores y expectativas que refleja el paciente en relación a diferentes aspectos del cuidado médico, así mismo, refleja los efectos de variables antecedentes con el actual cuidado de salud (Pascoe y Linder-Pelz, 1983 citado en Salinas y Landeros, 1996).

De acuerdo, con Pascoe y Linder-Pelz, muchos estudios implícitamente favorables muestran que el sentido del cuidado de salud de los individuos en relación a sus expectativas y satisfacción no son confiables. Sin embargo, las discrepancias entre las expectativas del paciente y sus experiencias en el encuentro clinico han mostrado una significante relación con su satisfacción.

Por último, Fishbein (1984), también nos aporta que las creencias pueden persistir por todo el tiempo, otras pueden ser olvidadas y otras nuevas pueden ser adquiridas. Por ejemplo, las creencias acerca de instituciones como la iglesia, la democracia y el capitalismo o creencias nacionales y de grupos raciales tienden a ser reativamente estables. Sin embargo, creencias acerca de las consecuencias de una conducta o creencias otorgadas a las personas pueden variar considerablemente.

2.3. ESTUDIOS QUE SE HAN REALIZADO EN RELACIÓN AL REPORTE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Diversos autores como Barrón Villaseñor (1988), Lopez Payán (1988), Kelevi Cojo (1983), John H. Kurata (1994) y otros investigadores se han preocupado por conocer el grado de satisfacción de pacientes en diversas clinicas hospitalarias y clinicas de atención médica. Todos ellos han empleado inventarios de satisfacción.

Por ejemplo, en 1982 Hulka, Barbara, Zyzanski, Cassel y Thompson, propusieron un instrumento, que abarca tres elementos de la investigación: a) Competencia profesional, b) Calidad del personal médico y c) Costo/ Conveniencia. En dos de las investigaciones que realizaron encontraron con la aplicación de este instrumento, actitudes favorables hacia la competencia profesional, calidad personal y menos favorable hacia el costo/conveniencia, incluyendo accesibilidad. En su estudio encontraron algunas variables

que se veían asociadas al nivel de satisfacción como sexo, educación, ocupación, etc. Además, observaron que las respuestas se vieron influenciadas por las experiencias personales de los usuarios.

Basado en la investigación realizada por Hulka, Barbara, Zyzanski, Cassel y Thompson; López Payán en 1988 se propuso describir el grado de satisfacción e insatisfacción de pacientes atendidos por un especialista de medicina familiar en el primer nivel de atención (Centro de Salud del Distrito Federal) encontrando en los elementos de competencia profesional y calidad profesional, un porcentaje alto de satisfacción de los pacientes y por el contrario el elemento referido a costo- conveniencia obtuvo que la mayoría de los pacientes están insatisfechos. De tales resultados López Payán observó, algunas variables externas las cuales de acuerdo con este mismo autor pueden ejercer influencia en las respuestas de satisfacción de los pacientes.

Tal es el caso de la edad (entre mas jóvenes sean hay mayor satisfacción) el sexo (las mujeres suelen estar poco menos satisfechas con el servicio) así como la educación (entre mayor grado escolar menor grado de satisfacción), y por último la ocupación (generalmente los empleos relacionados con ventas muestran mayor insatisfacción)

Sin embargo, este mismo autor sugiere que las diferencias establecidas por algunas variables externas deben ser analizadas con mayor exhaustividad

En ese mismo año, Barrón Villaseñor realizó una investigación sobre la satisfacción de la atención médica en 421 usuarios de la clínica del ISSSTE a través de un cuestionario de satisfacción. A diferencia de el autor anterior, este creó un inventario donde estableció nueve dimensiones para evaluar los servicios de salud:

- 1) Medio físico,
- 2) Personal de apoyo,
- 3) Clase y tipo de servicio
- 4) Trato del personal
- 5) Calidad del servicio,
- 6) Cantidad del servicio,
- 7) Resultados del servicio,
- 8) Satisfacción general y
- 9) Procedimientos

Cada una de las dimensiones fue acompañada con opciones de respuesta. Al igual que López Payán realizó un análisis sobre la relación que pudiera tener la satisfacción con algunas variables externas al servicio como:

edad, estado civil, nivel escolar, estado laboral y escolaridad donde no encontró diferencias significativas concluyendo en común con otros estudios realizados por Larsen, Pascoe, Attkinson y otros que, las variables socioeconómicas (mencionadas anteriormente) no influyen en el resultado final del nivel de satisfacción de pacientes con los sistemas de atención para la salud (centros de salud y clínicas) ya que el porcentaje final de satisfacción considerando todas las variables estudiadas no fluctúa importantemente con el nivel de satisfacción por variable.

En cuanto al instrumento concluye que éste es adecuado para determinar la satisfacción global pero, inadecuado para determinar los rasgos específicos de los servicios de salud que confieren satisfacción o insatisfacción

Linder-Pelz (1982 citado en: Salinas y Landeros, 1996), realizó un estudio en donde presentó una definición conceptual de la satisfacción del paciente como "la evaluación positiva del individuo a distintas dimensiones del cuidado de salud". Aquí cuatro variables psicosociales fueron identificadas como determinantes probables de esa evaluación positiva, expectativas (percepción), valor (actitud), dar derecho a algo, ocurrencias y comparación personal. Y seis hipótesis específicas como variables antecedentes que determinan subsecuentemente insatisfacción o satisfacción, las cuales fueron:

- 1) La satisfacción estará directamente relacionada a la suma de los productos de creencias (expectativas) y valoraciones (valores) en relación a aspectos de cuidado
- 2) La satisfacción variará positivamente cuando la amplitud de lo que es percibido ocurra coincidiendo con su expectativa a priori
- 3) La satisfacción estará directamente relacionada con los índices de ocurrencia; menos los índices de expectativa, todo dividido entre los índices de expectativa.
- 4) La satisfacción variará positivamente con la frecuencia de ocurrencia y la expectativa solo cuando el objeto es evaluado.
- 5) Una combinación de expectativas positivas y ocurrencias positivas mostrarán altos índices de satisfacción, mientras expectativas positivas y ocurrencias negativas darán como resultado bajos niveles de satisfacción.
- 6) La satisfacción será mejor cuando la ocurrencia sea percibida como buena o mejor que, aquella percibida por otros.

La cantidad de determinantes probables de la satisfacción de un individuo con un evento de cuidado de salud está en su o sus percepciones y actitudes a priori del evento. Actitudes a priori son los valores que un individuo atribuye a diferentes aspectos del evento.

Una percepción apriori incluye una creencia sobre a lo que al paciente le es dado y a la expectativa de ocurrencia de los eventos del cuidado de salud

En el estudio se investigó como variable dependiente a la satisfacción y como variables independientes (expectativa, dar derecho a algo, valores) La escala de valores de satisfacción fue identificada como la medida de satisfacción en relación con la conducta del medico, convencimiento de la visita clínica y satisfacción general en la visita . Como resultado del estudio encontró que no hay una interacción afectiva entre expectativas y valores, es decir, tienen efectos independientes de la satisfacción las expectativas son los mas importantes antecedentes de la variable psicológica y tienen efectos independientes significativos en dos de las tres escalas de satisfacción, estos hallazgos sugirieron que la creencia apriori acerca de la conducta del medico juega un papel significativo en la evaluación subsecuente de determinación de la conducta de este. Se sugiere que los pacientes probablemente expresan satisfacción no importando el cuidado que el medico dio.

Prácticamente los efectos independientes de la expectativa, en la satisfacción con la conducta del medico implica que el personal clinico y particularmente los mismos médicos pueden asegurar la satisfacción (porcentaje favorable) en sus clientes provocando expectativas positivas.

Por lo tanto, se concluye que la satisfacción no esta en función de la interacción de expectativas, valores y ocurrencias, sino que esta en función de las contribuciones independientes de las expectativas y las ocurrencias percibidas. Esta conclusión coincide con los hallazgos respecto a que los valores no explican directamente mucha la variación en la satisfacción.

A través de los estudios mencionados anteriormente nos podemos dar cuenta que es necesario clasificar las respuestas de los pacientes en ciertas categorías que nos permitan analizar el reporte de satisfacción. De esta manera, creemos importante la aportación que hizo Lewis en 1994 acerca de la determinación de características y dimensiones a evaluar de la satisfacción. Por lo tanto, consideramos que existen tres categorías mas relevantes que necesitan ser tomadas en cuenta al momento de la elaboración de cualquier instrumento para evaluar la satisfacción del paciente. Las mismas que serán retomadas tanto para el instrumento de satisfacción de la atención médica como del instrumento de experiencias y expectativas.

Las cuales son:

I. DIMENSIÓN DE EJECUCIÓN PROFESIONAL. Se refiere a la manera en que el médico aplicó sus conocimientos de manera adecuada según el padecimiento del enfermo. Dentro de esta dimensión se encuentran las categorías:

- a) **Efectividad.** Es el manejo adecuado del personal de salud hacia el paciente en relación con el tratamiento
- b) **Competencia.** Es la habilidad que muestra el médico en relación a la forma en que desempeña su trabajo.
- c) **Higiene.** Es la limpieza, aseo en instituciones y en población en general.
- d) **Nutrición.** Se refiere a que los alimentos estén elaborados adecuadamente y procesados de manera higiénica .
- e) **Capacidad del médico.** Son todos los conocimientos que el medico aplica al paciente.
- f) **Seguridad.** Confianza, que el médico proporciona a los pacientes durante todo el proceso de atención.

II. DIMENSIÓN ACTITUD DEL PROFESIONAL. Se refiere a aquellas conductas que lleva a cabo el personal de salud hacia los pacientes. Dentro de esta dimensión se encuentran las siguientes categorías:

- a) **Trato humano.** Es el trato que el personal de salud da a los pacientes de manera amable y humanamente.
- b) **Informatividad.** Es la acción y el efecto de informar, acerca de el padecimiento y tratamiento del paciente.
- c) **Cooperación.** Es la participación tanto del médico como de las enfermeras que tienen como fin el cuidado de la salud del enfermo
- d) **Responsabilidad.** Es la obligación que el personal de salud tiene de responder las dudas acerca del padecimiento en general del paciente.
- e) **Empatía.** Es el que el paciente logre tenerle confianza al médico y viceversa.
- f) **Atención a problemas psicosociales.** Es el interés que el personal de salud muestra hacia los problemas sociales que pudieran tener los pacientes.

III. DIMENSIÓN DE ORGANIZACIÓN. Se refiere a aquellos aspectos que se relacionan con la forma en que la institución se maneja sin tomar en cuenta aspectos de relación humana y técnicos. Dentro de esta dimensión se encuentran las siguientes categorías:

- a) **Continuidad.** Es el seguimiento que el personal de salud tiene, en relación al padecimiento del enfermo.
- b) **Disponibilidad.** Se refiere a que la distribución de los médicos sea adecuada de tal manera que abastezca las necesidades de demanda de los pacientes.
- c) **Eficiencia.** Es la facultad para lograr un efecto determinado, en este caso la salud del paciente.
- d) **Cuidado integral.** Se refiere a que la institución cuente con todo el equipo necesario para cubrir las necesidades del paciente.
- e) **Accesibilidad.** Es la facilidad que el usuario tiene para trasladarse a la institución.
- f) **Acomodación.** Se refiere a que las instalaciones con las que cuenta estén distribuidas de tal manera que faciliten su uso.
- g) **Calidad general.** Son todos los aspectos que nos permite evaluar a la calidad de la atención médica.

2.4. DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN

Aunque en la actualidad no existe una definición aceptada en forma general de lo que significa "SATISFACCIÓN DE PACIENTES", esta se puede concebir de acuerdo con dos cuestiones, por un lado, tomando en cuenta los 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 PSICOLÓGICOS, es decir, 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 recibida. En esta definición el término "reacción" se refiere a una respuesta de tipo emotivo y así, impredecible. Y el término "experiencia" hace referencia a que se involucra una respuesta cognoscitiva.

Podemos considerar que existen experiencias tanto positivas como negativas que tiene el paciente en relación a la atención de los servicios de salud, por ejemplo, cuando algún paciente ha sido atendido de manera desagradable, es decir, el médico no presentó interés en su estado de ánimo, las enfermeras lo trataron bruscamente, tuvo que realizar trámites

burocráticos , engorrosos, etc., o por el contrario que el usuario haya recibido una atención satisfactoria, como el que la atención recibida fuese rápida, que las enfermeras muestren interés en las necesidades del paciente e inclusive que el ambiente físico sea agradable.

Todo esto ocasionará, que los usuarios construyan una idea de lo que pasará cuando en el futuro recurran a un servicio de salud. Esa idea o expectativa de lo que pasará tiene relación con lo que anteriormente le haya sucedido. Por lo que consideramos que, si las experiencias que los usuarios tuvieron al recurrir a un servicio, entonces sus expectativas irán mas enfocadas a una expectativa igualmente positiva, y si por el contrario, las experiencias son negativas entonces, igualmente sus expectativas se enfocarán hacia lo negativo.

De igual manera, no deseamos la existencia de otros procesos psicológicos que intervengan en tal proceso, al contrario sabemos que intervienen otros como los valores, las creencias, etc., pero en el presente estudio solo nos encargaremos de las experiencias y las expectativas, ya que , consideramos que la satisfacción esta en función de las experiencias previas a otros encuentros con servidores de la salud, lo cual influye en las expectativas.

Por su parte González y Morelo(1984 citado en; López Payán, 1988) consideran por "satisfacción" a la acción y efecto de satisfacerse y/o complacencia del paciente. Estado que resulta de la realización de lo que se pedía o deseaba con lo que se obtuvo

Pues bien entonces, en términos psicológicos se considera a la satisfacción como "hacer comparaciones objetivas y subjetivas entre lo que se le ofrece al paciente y lo que el espera que se le ofrezca de atención al servicio" (Pascoe 1983).

De esta manera, el reporte de satisfacción de un individuo implica que utilice expectativas (un estado de anticipación o deseo que ocurra determinado tipo de evento) las cuales son creadas con anterioridad al encuentro de la atención con las cuales compara activamente eventos mas inmediatos que son admisibles , o no, para él y entre mas ocurra el hecho deseado mayor será la satisfacción.

Por último, podemos mencionar que si se evalúa expectativas y estas son el resultado básicamente de las experiencias, entonces, es importante determinar el papel que las experiencias previas tienen en la evaluación. (Fishbein y Ajzen,1975, cit en: Linder-Pelz,1992).

Y como objetivos específicos:

- 1) Creación de un instrumento confiable que permita recolectar información sobre la satisfacción de los pacientes.**
- 2) La creación de un instrumento confiable y válido que permita detectar experiencias positivas y negativas que influyen en las expectativas dentro del área de pediatría en su nivel de hospitalización.**

Por lo que se plantea como hipótesis de investigación que " El reporte de satisfacción de la calidad de atención médica es influido por las experiencias de los pacientes, entre mas experiencias negativas tengan, menor reporte de satisfacción; y a mayor frecuencia de experiencias positivas mayor reporte de satisfacción".

CAPITULO 3

UN ESTUDIO SOBRE EL PAPEL DE LAS EXPERIENCIAS EN LA FORMACIÓN DE EXPECTATIVAS A TRAVÉS DEL REPORTE DE SATISFACCIÓN.

3.1. METODOLOGIA

3.1.1. SUJETOS

En la fase piloto se aplicó un instrumento de evaluación de satisfacción a 60 padres o tutores encargados de la salud a los menores. Este instrumento fue diseñado para rastrear los aspectos relacionados con la atención que los padres recibieron en el Hospital Maximiliano Ruiz Castañeda ubicado en Naucalpan, Estado de México. De esta aplicación preliminar se validaron los ítems de acuerdo con un análisis estadístico, a través de una escala Alpha la cual arrojó los ítems que contiene el instrumento final.

En la fase de la investigación fueron aplicados 120 inventarios a padres o tutores encargados de la salud de los menores que recurrieron al servicio de Pediatría del Hospital Maximiliano Ruiz Castañeda del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

En lo que se refiere a los datos del encuestado o responsable de salud del niño, el 28.3% fueron del sexo masculino y el 71.7% es representado por el sexo femenino (Ver Cuadro 1).

Las edades del responsable de salud de los pequeños variaron entre los 14 y 84 años dividiéndose en tres grupos:

El primero, corresponde a los responsables con edades de 14 a 23 años donde encontramos un total de 49.1%.

El segundo, corresponde a los padres de 24 a 36 años que obtuvo un porcentaje de 36.6%. Y el último, fue de 35 años en adelante el cual obtuvo un 14.1% (Ver Cuadro 2).

3.1.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se entrevistaron a padres de familia, encargados y/o familiares entre los 18 y 50 años de edad, donde su hijo estaba al cuidado de dicha Institución por cualquier tipo de padecimiento, y que por lo menos haya estado un día en área de hospitalización del servicio de Pediatría. En los casos de que cualquiera de los padres no se presentaran se entrevistaron a los familiares (tíos, hermanos, abuelos, etc.) siempre y cuando las personas fuesen mayores de edad y testigos del tratamiento llevado a cabo por el personal de salud de dicha Institución.

3.1.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se aplicó la encuesta a los padres de niños que se encontraban en Pediatría por cuidados Post-natales ("maternidad"); también se excluyeron a los familiares menores de edad o bien sin encargo del cuidado del niño. También se omitieron a los encargados que tuvieran alguna invalidez o impedimento físico o psicológico (depresión, ansiedad, angustia extrema, etc.) en el momento de la entrevista.

3.1.2. MATERIALES

Se emplearon dos inventarios: uno de satisfacción y otro de experiencias en atención médica. Ambos diseñados por las investigadoras basados en Lewis 1994 (ver anexos)

En el de satisfacción aparecen preguntas referentes a la atención en general que el padre de familia considera que ha recibido su hijo y él (Aspectos técnicos y humanos)

Y en el de experiencias aparecen preguntas relacionadas con eventos positivos y/o negativos que han experimentado los padres de familia en cualquier clase de atención médica.

3.1.3. ESCENARIOS

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en un cubículo de 3.5m x 3.5m aproximadamente, ubicado en el exterior del área de Pediatría en el Hospital General de Naucalpan "Maximiliano Ruiz Castañeda" en el Estado de México; este lugar cuenta con el material adecuado para dicha aplicación tales como: sillas y una adecuada iluminación donde se trabajó de manera confidencial.

3.1.4. DISEÑO

El estudio en general se basó en un diseño pre-experimental, diseño simple, multivariado pre-experimental, tradicional intra-entre sujetos. Este consiste en estudiar a un solo grupo que anteriormente fue sometido a una intervención ya sea por el experimentador o por el medio ambiente, en este caso la atención del personal de salud del área de Pediatría. Este diseño fue empleado ya que lo que se pretende es analizar el resultado de la intervención inmediatamente después de ésta

Este diseño tiene además la ventaja de permitirnos conocer de manera general lo que pase u ocurra con cierto fenómeno

Es importante mencionar que a pesar de las ventajas anteriormente mencionadas las conclusiones que se obtienen a partir de éste son hasta cierto punto limitadas

3.1.5. PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se siguió en dicha investigación constó de tres fases las cuáles son las siguientes:

FASE I: CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

Se elaboró primeramente el instrumento de evaluación el cual fue un inventario de satisfacción de los padres de familia y/o tutores en relación a la atención médica que recibieron los niños que ingresaron al Hospital General de Naucalpan.

La información que se obtuvo se utilizó como un indicador que permitiera evaluar la calidad de la atención proporcionada por dicha institución además de permitirnos analizar la validez de los reactivos.

Las dimensiones analizadas fueron las mencionadas en el capítulo anterior. El instrumento piloto se integró de 30 preguntas, cada pregunta contenía 5 opciones de respuesta (Muy de acuerdo, De acuerdo, No se, En desacuerdo y Muy en desacuerdo), dichas preguntas estaban en función a la Escala de Likert para medir las actitudes y permitirnos hacer estudios comparativos.

Por otro lado, se construyó otro instrumento de evaluación con la finalidad de conocer la frecuencia de experiencias y expectativas positivas y negativas a través del reporte de satisfacción, este fue en forma de inventario y constó de 23 preguntas, con 5 opciones de respuesta las cuales iban desde Nunca, Casi nunca, Ocasionalmente, Frecuentemente y

Muy frecuentemente dichas preguntas también fueron clasificadas en base a las tres dimensiones anteriormente mencionadas.

FASE II: APLICACIÓN Y AFINACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La aplicación se llevó a cabo por los investigadores en un cubículo (ver en materiales) asignado para atención psicológica del área de hospitalización.

Una vez sometidas las preguntas a un análisis estadístico (Escala de Alpha) se detectaron aquellas que no fueran confiables para dicha investigación.

En general, se observó a través del pilotaje del instrumento con 60 responsables de pacientes hospitalizados en pediatría que los reactivos fueron entendibles exceptuando las preguntas negativas las cuales causaron confusión, por lo que fueron remplazadas. Es importante mencionar que el instrumento piloto constó de 30 reactivos de los cuales únicamente dos se eliminaron, algunos otros fueron corregidos en su redacción quedando como instrumento definitivo un inventario con 28 preguntas.

Cabe mencionar que en ésta primera aplicación sólo se utilizó el primer instrumento.

FASE III: APLICACIÓN FINAL.

En esta fase se llevó a cabo la segunda y última aplicación en la cual se integró el segundo instrumento de evaluación (el de experiencias) con el instrumento de satisfacción de pacientes. Sólo que en ésta se aplicó a 120 padres y/o responsables del niño. En esta aplicación, se siguió el mismo procedimiento.

CAPITULO 4

RESULTADOS

En base a los datos obtenidos de los dos instrumentos (el de satisfacción y de experiencias) se procede a describir de los resultados :

4.1. DATOS DEMOGRAFICOS

Las edades de los niños en el área de hospitalización de Pediatría variaron de 0 a 179 meses (14 años). En éste caso se dividieron los rangos por año (Ver Cuadro 3).

En la categoría del lugar de procedencia la mayoría de los encuestados viven en 3 zonas (Ver Cuadro 4).

En la categoría de empleo, se observó que los entrevistados se dedican a 7 aspectos (Ver Cuadro 5).

En la categoría de nivel de estudios, se encontró que la mayoría tienen estudios (Ver Cuadro 6).

En la categoría de parentesco, se encontró que la mayoría de los entrevistados eran madres (Ver Cuadro 7).

4.2. INSTRUMENTO DE "SATISFACCION DE LA ATENCION MEDICA "

En base al análisis de confiabilidad de la Escala de Alpha de Cronbach se encontró, .9253; P 0,05.

Es importante mencionar que a raíz de éste análisis estadístico se suprimieron los reactivos 27 y 28 por no cubrir con los criterios estadísticos.

Los datos obtenidos de dicho instrumento, son presentados por dimensiones (ejecución profesional, actitud profesional y organización) y sus categorías, los porcentajes se sumaron de la siguiente manera: Muy De acuerdo con De acuerdo, Muy En desacuerdo con Desacuerdo y quedando el No se como opción única. En el caso de las preguntas negativas (7, 10, 20, 22, 24 y 25) se invirtieron los resultados para realizar la sumatoria.

4.2.1. DIMENSIÓN DE EJECUCIÓN PROFESIONAL

En la categoría referente a **Efectividad** del personal médico (pregunta 1), se observó que, el 90.8% está de acuerdo o muy de acuerdo con que el tratamiento aplicado del médico es el indicado para mejorar su salud y sólo un 5.8% no lo está .

En la categoría referente a **Seguridad** del médico (pregunta 2), se encontró que, un 90% está de acuerdo o muy de acuerdo con que el médico mostró seguridad y confianza al manejar el padecimiento del niño(a) y sólo un 5.8% no lo está.

En lo que respecta a la categoría de **Competencia** del médico (pregunta 3) se observó que un 87.3% está de acuerdo y muy de acuerdo en que los médicos que atendieron al niño(a) son muy competentes en su profesión y sólo un 5% esta muy en desacuerdo

En la categoría de **Higiene** (pregunta 4) se encontró que, un 92.4% está de acuerdo o muy de acuerdo en que las condiciones de limpieza e higiene son buenas en la unidad de Pediatría y sólo un 4.2% no lo está

En la categoría referente a **Capacidad del médico** (pregunta 7) se observó que, un 42.8% está de acuerdo en que las enfermeras que atendieron al niño(a) son deficientes en su trabajo y sólo un 47.9% no está de acuerdo

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 5 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 80.66% está Muy de acuerdo o De acuerdo, el 13.74% está En Desacuerdo o Muy En Desacuerdo y el 5.58% no supo que contestar.

Lo que nos dice que la mayoría de la población entrevistada está conforme con el trabajo del personal de salud en general. (Ver figura 1)

4.2.2. DIMENSIÓN DE ACTITUD PROFESIONAL

En lo referente a la categoría de **Trato Humano** (preguntas 5,6,8 y 10) se observó que en las primeras tres preguntas un 86.76% contestaron de acuerdo y muy de acuerdo con que el trato recibido por el personal de salud de Pediatría es amable y adecuado para el niño(a) y sus familiares y, sólo un 6.1% está en desacuerdo y muy en desacuerdo. Con respecto a la pregunta número 10 observamos que 52.1% está muy de acuerdo o de acuerdo en que

el médico se mostró indiferente a sus opiniones del tratamiento que se le dio al niño(a), por el contrario un 38.5% no piensa lo mismo.

En la categoría referente a **Informatividad** (preguntas 9 y 11), se encontró que un 88.65 % estaba de acuerdo y muy de acuerdo en que el médico mostraba interés de sus dudas respecto a la enfermedad y tratamiento del niño(a) y, sólo un 6.7% estuvo muy en desacuerdo o en desacuerdo con lo anterior.

En la categoría de **Cooperación** (pregunta 12) se apreció que un 89.1% está de acuerdo y muy de acuerdo en la manera en que médicos y enfermeras explicaban la forma de cuidar el padecimiento del niño(a) y, sólo el 5% estuvo muy en desacuerdo o en desacuerdo.

En lo referente a la categoría de **Empatía** (pregunta 13), se encontró que un 80.9% de los responsables de salud del niño(a) están de acuerdo y muy de acuerdo en considerar que el médico es sensible a las necesidades de los pequeños a pesar de no habérselas mencionado y, sólo un 5.8% está muy en desacuerdo o en desacuerdo.

En la categoría de **Atención a problemas psicosociales** (pregunta 14) se obtuvo que un 75.6% de los encuestados, están muy de acuerdo y de acuerdo en que el médico consideró sus limitaciones económicas y de tiempo para elegir el tratamiento que se le aplicaría y un 9.2% está muy en desacuerdo o en desacuerdo.

En lo que respecta a la categoría de **Responsabilidad** (pregunta 23) se observó que el 78.4% considera que el personal de salud se comporta de manera seria y responsable y el 9.5% está muy en desacuerdo.

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 10 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 76.98% está muy de acuerdo y de acuerdo, el 14.5% está muy en desacuerdo y en desacuerdo y 9.56% no supo que contestar.

Lo que nos dice que la mayoría de la población entrevistada está conforme con la actitud recibida por parte del personal de salud en general. (Ver figura 2)

4.2.3. DIMENSIÓN DE ORGANIZACIÓN

En la categoría referente a la Continuidad (pregunta 15) se observó que, el 82.1% está muy de acuerdo y de acuerdo al considerar que el médico inicial continúa el seguimiento de el padecimiento del niño(a) aunque ya no lo atiende; por el contrario sólo el 9.4% está muy en desacuerdo o en desacuerdo.

En la categoría relacionada con Disponibilidad (pregunta 16) se encontró que un 81% de los responsables del niño(a) consideran que el personal de Pediatría es suficiente y adecuado; por el contrario el 9.5% está muy en desacuerdo y desacuerdo.

En lo referente a la categoría de Cuidado Integral (pregunta 17) se obtuvo que el 80.8% está de acuerdo y muy de acuerdo con que el hospital cuenta con todo el servicio necesario para resolver el padecimiento del niño(a), y en contraste sólo 12.5% está muy en desacuerdo y desacuerdo.

En la categoría de Eficiencia (pregunta 18) se observó que el 81.4% está muy de acuerdo y de acuerdo con la atención médica proporcionada al menor bien valen el tiempo y dinero invertido y un 5.9% está muy en desacuerdo y en desacuerdo.

En lo que respecta a la categoría de Accesibilidad (preguntas 19, 20 y 21) se observó que en las preguntas 19 y 21 se obtuvo un 83.7% de la población que está muy de acuerdo y de acuerdo y el 11.95% está muy en desacuerdo y desacuerdo.

En la pregunta 20 se encontró que 60% está muy de acuerdo y de acuerdo en que el tiempo que tarda en llegar al hospital es muy largo y el 34% está muy en desacuerdo y desacuerdo con esto.

En la categoría relacionada con la Acomodación (pregunta 22, 24 y 25) se observó que el 31.06% está muy en desacuerdo y desacuerdo con que es difícil localizar los diferentes servicios del hospital así como también en considerar que el ambiente y temperatura de Pediatría es desagradable y el 64.46% esta muy de acuerdo y de acuerdo con la anterior proposición.

En la categoría referente a Satisfacción General (pregunta 26) se observó que un 68.1% manifestaron estar de acuerdo y muy de acuerdo en recurrir nuevamente al servicio de

Pediatría , en caso de ser necesario y además manifestaron que los servicios de Pediatría eran como esperaban y un 10.9% está muy en desacuerdo y desacuerdo.

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 11 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 20.08% está muy en desacuerdo y en desacuerdo, el 70.1% está de acuerdo y muy de acuerdo y el 10.58% no supo que contestar.

Lo que nos dice que la mayoría de la población entrevistada está conforme con los servicios recibidos por parte del personal de salud en general. (Ver figura 3).

Posteriormente, este instrumento fue sometido al análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación varimax, que dieron 5 factores que explican el 94.7 del total de la varianza.

El Fac 1: Lo conformaron 12 preguntas, las cuales nos dan información sobre las dimensiones de ejecución y actitud profesional.

El Fac 2: Lo conformaron 6 preguntas, las cuales nos dan información sobre la dimensión de organización

El Fac 3: Lo conformaron 5 preguntas, las cuales nos da información sobre las tres dimensiones.

El Fac 4: lo conformaron 1 pregunta, la cual nos da información de accesibilidad.

El Fac 5 : lo conformaron 2 preguntas, las cuales nos dan información acomodación (Ver cuadro 8)

Por ultimo, los datos también fueron sometidos a un análisis de correlación (Phi) Crosstabs: entre factores del instrumento de satisfacción (C) VS los factores del instrumento de experiencias y expectativas (A).

Es importante mencionar, que se tomo en cuenta las correlaciones de los factores mas representativos (Ver Cuadro 8).

4.3. INSTRUMENTO "DE EXPERIENCIAS" Y "EXPECTATIVAS"

Al igual que la presentación de los resultados del instrumento de satisfacción, la redacción de éste también es a través de las tres dimensiones (ejecución profesional, actitud profesional y organización) así como por sus categorías.

4.3.1. DIMENSIÓN DE EJECUCIÓN PROFESIONAL

En la categoría relacionada con seguridad (pregunta 1) se observó que un 82.5% nunca o casi nunca ha estado en hospitales donde los médicos demuestren inseguridad en lo que hacen , y a sólo un 4.2% le ha pasado frecuentemente.

En la categoría de higiene (pregunta 4) se examinó que el 71.4% nunca o casi nunca han conocido hospitales con condiciones de limpieza malas y por el contrario un 2.5% frecuentemente le ha sucedido

En la categoría referente a capacidad del médico (preguntas 6 y 9) se observó que un 64.5% contestó que nunca o casi nunca han experimentado en otros hospitales atención inadecuada y sólo un 2.5% muy frecuentemente lo ha experimentado

En la categoría referente a nutrición (pregunta 16) se observó que un 71.1% nunca o casi nunca ha visto y/o probado en otros hospitales alimento con mal aspecto o sabor y por el contrario .8% frecuentemente lo han visto.

En la categoría relacionada con efectividad (pregunta 17 y 21) se encontró que el 40.8% frecuentemente o muy frecuentemente ha sido atendido y recetado adecuadamente, el 24.5% nunca o casi nunca ha tenido esa experiencia , y el 34.6% restante manifestó que ocasionalmente le ha sucedido lo anterior.

En la categoría referente competencia (pregunta 23) se encontró que el 53% frecuente o muy frecuentemente los médicos han acertado en su padecimiento y el 10.1 nunca o casi nunca les han acertado y el 37% restante contestó que ocasionalmente.

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 8 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 29.63% respondió que nunca , el 22.65% casi nunca ,

el 25.36% ocasionalmente , el 14.18% frecuentemente y el 8.8% manifestó muy frecuentemente.

Lo que nos dice que la mayoría de la población entrevistada nunca o casi nunca ha tenido experiencias negativas relacionadas con esta dimensión. (Ver figura 4).

4.3.2. DIMENSIÓN DE ACTITUD PROFESIONAL

En la categoría referente a trato humano (preguntas 2 y 22) se observó que el 37.5% frecuente o muy frecuentemente ha sido atendido con interés tomando en cuenta las quejas de su enfermedad, el 33.6% nunca o casi nunca ha sido atendido de tal manera y el 28.8% manifestó ser atendido con interés ocasionalmente. Por otra parte, (en las preguntas 7,8,11,14 y 19) se observó que el 40.16% frecuente y muy frecuentemente ha experimentado tratos amables por parte del personal médico en general, el 19.66% nunca o casi nunca ha tenido esta experiencia y el 28.04% manifestó ser atendido de esta manera ocasionalmente.

En la categoría relacionada con responsabilidad (pregunta 12) se obtuvo que un 34.7% frecuente o muy frecuentemente ha experimentado en otros hospitales médicos responsables con sus pacientes , el 22.9% nunca o casi nunca ha observado lo anterior y el 42.4% ocasionalmente ha tenido esta experiencia.

En la categoría de cooperación (pregunta 18) se observó que el 62.4% nunca o casi nunca se han encontrado con médicos que no les explican claramente la forma en que deben cuidarse y por el contrario el 18% manifiesta que frecuente o muy frecuentemente han tenido esta experiencia.

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 9 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 20.8% respondió que nunca , el 18.5% casi nunca , el 28.8% ocasionalmente , el 21.6% frecuentemente y el 10.6% manifestó muy frecuentemente.

Lo que nos dice que la mayoría de la muestra entrevistada nunca o casi nunca ha tenido experiencias negativas relacionadas con esta dimensión. (Ver figura 5).

el 25.36% ocasionalmente , el 14.18% frecuentemente y el 8.8% manifestó muy frecuentemente

Lo que nos dice que la mayoría de la población entrevistada nunca o casi nunca ha tenido experiencias negativas relacionadas con esta dimensión. (Ver figura 4).

4.3.2. DIMENSIÓN DE ACTITUD PROFESIONAL

En la categoría referente a trato humano (preguntas 2 y 22) se observó que el 37.5% frecuente o muy frecuentemente ha sido atendido con interés tomando en cuenta las quejas de su enfermedad, el 33.6% nunca o casi nunca ha sido atendido de tal manera y el 28.8% manifestó ser atendido con interés ocasionalmente. Por otra parte, (en las preguntas 7,8,11,14 y 19) se observó que el 40.16% frecuente y muy frecuentemente ha experimentado tratos amables por parte del personal médico en general, el 19.66% nunca o casi nunca ha tenido esta experiencia y el 28.04% manifestó ser atendido de esta manera ocasionalmente.

En la categoría relacionada con responsabilidad (pregunta 12) se obtuvo que un 34.7% frecuente o muy frecuentemente ha experimentado en otros hospitales médicos responsables con sus pacientes , el 22.9% nunca o casi nunca ha observado lo anterior y el 42.4% ocasionalmente ha tenido esta experiencia.

En la categoría de cooperación (pregunta 18) se observó que el 62.4% nunca o casi nunca se han encontrado con médicos que no les explican claramente la forma en que deben cuidarse y por el contrario el 18% manifiesta que frecuente o muy frecuentemente han tenido esta experiencia.

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 9 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 20.8% respondió que nunca , el 18.5% casi nunca , el 28.8% ocasionalmente , el 21.6% frecuentemente y el 10.6% manifestó muy frecuentemente.

Lo que nos dice que la mayoría de la muestra entrevistada nunca o casi nunca ha tenido experiencias negativas relacionadas con esta dimensión. (Ver figura 5).

4.3.3. DIMENSIÓN DE ORGANIZACIÓN

En la categoría relacionada con disponibilidad (pregunta 3) se encontró que el 63.9% nunca o casi nunca se han encontrado que en los hospitales el personal es insuficiente para cubrir las necesidades de servicio y sólo el 11.8% frecuente o muy frecuentemente han experimentado lo anterior.

En la categoría referente a la acomodación (pregunta 5 y 13) se encontró que el 64% nunca o casi nunca han experimentado que la estructura de los hospitales sea compleja o con inmobiliario en mal estado , y el 14.5% por el contrario frecuente o muy frecuentemente han observado esto.

En la categoría relacionada a accesibilidad (pregunta 10) se encontró que el 33.9% nunca o casi nunca han sido atendidos en los hospitales oportunamente según el padecimiento y el 26.3% muy frecuente o frecuentemente han sido atendidos oportunamente.

En la categoría de Satisfacción total (pregunta 15 y 20) se encontró que el 47.3% frecuente o muy frecuentemente ha quedado satisfecho con los servicios médicos , y el 20.2% nunca o casi nunca ha quedado conforme con la atención.

Finalmente, se promediaron los porcentajes obtenidos de las 6 preguntas que componen esta dimensión y se observó que el 19.73% respondió que nunca , el 24.66% casi nunca , el 28.16% ocasionalmente , el 18.3% frecuentemente y el 9.16% manifestó muy frecuentemente.

Lo que nos dice que la mayoría de la población entrevistada nunca o casi nunca ha tenido experiencias negativas relacionadas con esta dimensión. (Ver figura 6)

De la misma manera que el instrumento anterior, este instrumento también fue sometido al análisis factorial con extracción de componentes principales y rotación varimax, que dieron 7 factores que explican el 96.5 del total de la varianza.

En el Fac 1: Se clasificaron 8 preguntas, referentes a las dimensiones de ejecución y actitud profesional.

En el Fac 2: Se clasificaron 3 preguntas, referentes al trato humano

En el Fac 3: Se clasificaron 4 preguntas, referentes a las tres dimensiones.

En el Fac 4: Se clasificaron 3 preguntas, referentes a calidad total.

En el Fac 5: Se clasificaron 2 preguntas, referentes a la efectividad.

En el Fac 6: Se clasificaron 2 preguntas, referentes al como esta relacionada la molestia con el considerar que están atendidos adecuadamente.

En el Fac 7: Se clasifico 1 pregunta, referente a la atención de los aspectos psicológicos (Ver Cuadro 9)

4.4. ASOCIACIÓN SATISFACCIÓN Y EXPERIENCIAS

Cabe señalar que a partir de los resultados obtenidos del análisis factorial que se realizo en ambos instrumentos nos permitió hacer una comparación entre los factores del instrumento de satisfacción contra los factores del instrumento de experiencias y expectativas.

En donde dicha comparación nos muestra claramente la correlación existente entre factores. En donde se observo que los factores del instrumento de satisfacción se relacionaron cada uno con dos factores del instrumento de experiencias y expectativas.

C1 (A1 y A3)

C2 (A3 y A5)

C3 (A1 y A4)

CAPITULO 5

DISCUSION

En el estudio realizado se obtuvo que: primeramente la confiabilidad del instrumento de satisfacción resulto con un indice de .9253 de acuerdo al Alpha de Cronbach; y según el análisis factorial, 5 factores explicaban el 94.7 del total de la varianza del instrumento, lo cual nos indica la validez de cada dimensión del mismo. Los reactivos 27 y 28 fueron suprimidos por no cubrir el requisito según el análisis de correlación ítem-total, lo cual pudo deberse a la forma en que estaban planteados los reactivos, sugiriendo que si estos son planteados de maneras positiva probablemente mostrarían índices mas altos de correlación, además, el lugar y tiempo empleados en la aplicación del instrumento provoco de cierta forma que la lectura de las preguntas tuviesen algunas dificultades, no obstante, esto, no sucedió en todas las aplicaciones.

En el piloteo observamos varias preguntas con bajo indice de correlacion, esto sucedió principalmente con los reactivos planteados de manera negativa ya que, mostraron dificultad en su comprensión por lo que tuvieron que ser replanteados; a lo reducido de entrevistas (60) también pudo haber influido en el análisis de correlación. Por otro lado, la variable tiempo fue un factor adverso ya que, el momento de la entrevista era previo a la visita del responsable del menor, dentro del horario de visita y el área de pediatría, lo que ocasionaba que los padres o responsables contestaran rápidamente sin poner la debida atención en lo que decía el reactivo, incluso hubo padres que no aceptaron ser entrevistados por la premura del tiempo. Con esto podemos corroborar lo mencionado por Hall (1968), (Cit en Salinas y Landeros, 1996), que habla con respecto a que el lugar, el momento y el número de reactivos con el que cuentan los instrumentos pueden ejercer fuerte influencia en el reporte de satisfacción, sugiriéndose que para posteriores investigaciones la institución apoye a los investigadores para que se considerara como un requisito la participación de los usuarios en estas investigaciones, ya que, esto significaría un compromiso mayor que asumirían aquellas personas atendidas ya sea que, hayan o no recibido un buen servicio: de esta manera se podrá obtener una mayor confiabilidad de los instrumentos y por lo tanto, datos mas confiables sobre la satisfacción.

Por otra parte, es importante mencionar que el reactivo 26 fue eliminado en función de su poca trascendencia, ya que, el tiempo que fue inventado no es un aspecto que preocupe a los usuarios pues la mayoría son de lugares aledaños. De igual manera, se anulo el reactivo 28 pues dentro del área del hospital de pediatría variaba la alimentación por la edad, e incluso algunos niños todavía se alimentaban del seno materno, por lo tanto, los responsables entrevistados no poseían la información sobre si la alimentación proporcionada en la sala de pediatría era adecuada o no.

A continuación se presenta de manera general lo encontrado en ambos instrumentos (de satisfacción y de experiencias y expectativas), de acuerdo a las dimensiones previamente consideradas por nosotras. Posteriormente, se mencionaran los resultados comparativos surgidos del análisis factorial de instrumento VS instrumento es decir, se presentara que tienen en común los reactivos del instrumento de satisfacción clasificados en los factores y VS los reactivos ubicados en los factores del instrumento de experiencia y expectativa en los que se encontró una relación.

Y finalmente, se menciona lo encontrado en el análisis de correlación de factores de instrumento de evaluación VS factores de instrumento de experiencias

Se observó que en la dimensión de EJECUCIÓN PROFESIONAL, la mayoría de la muestra entrevistadas está satisfecha con la manera en que el personal de salud en general aplico sus conocimientos de manera adecuada según el padecimiento del enfermo

Posteriormente, a través de los resultados obtenidos del instrumento de experiencias y expectativas de esta misma dimensión observamos que, la mayoría de los pacientes hicieron referencia a tener experiencias negativas con lo relacionado al manejo que muestra el personal médico, de igual manera, una muestra considerable manifestó no haber tenido experiencias de ningún tipo, esto nos llevaría a suponer que los usuarios prefieren no cuestionar el servicio quizás por no conocer hasta que punto les favorecería hacerlo. Nosotras pensamos que, en ocasiones no se les informa a los pacientes sobre los derechos y obligaciones que tiene como usuario y que dentro de sus derechos está el opinar sobre la forma en la que ha sido atendido, para así promover una mejor atención.

De igual manera, se observó que en la dimensión de actitud profesional la mayoría de la población está satisfecha con las conductas que llevan a cabo los médicos hacia los pacientes. Nosotras, en este caso podemos afirmar al igual que, Donabedian (1986), que existe una relación entre las actitudes del médico con la forma en que maneja el tratamiento en general, el cual nos dice que los pacientes dan una gran importancia a el aspecto humano y en base a este considera que el tratamiento del médico es bueno si su trato fue bueno o no.

Es importante mencionar, que en relación a esta dimensión no encontramos dificultad con el planteamiento de las preguntas ya que, el porcentaje de las personas que no supieron que contestar fue muy bajo

Por otro lado, de los resultados obtenidos del instrumento de experiencias y expectativas en base a esta dimensión encontramos que, la mayoría de la población tienen experiencias y expectativas negativas de la actitud de los profesionales de la salud. En este caso también es importante señalar que hubo un alto porcentaje de usuarios que no evaluó tanto sus experiencias como sus expectativas. Lo que nos llevaría a suponer que las preguntas relacionadas con esta dimensión pudieron no haber sido comprendidas adecuadamente por lo que sugerimos en general que, el instrumento de experiencias y expectativas fuese aplicado a una población piloto antes de ser aplicado nuevamente, para conocer su confiabilidad.

Por otra parte, en lo que se refiere a los resultados obtenidos de la dimensión de organización del instrumento de satisfacción observamos que, la mayoría de la población está satisfecha con la organización en general del servicio de Pediatría del hospital, esto lo asociamos con el hecho de que dicho hospital es pequeño en cuestión de estructura y además con el que los usuarios provienen de áreas cercanas.

Cabe mencionar, que como anteriormente ya se había señalado, la anulación de la pregunta 27 fue debido a que se notó una gran confusión en el planteamiento de ésta, además que no existe relación con la dimensión.

Finalmente, de los resultados encontrados del instrumento de experiencias y expectativas podemos decir que, la mayoría de la muestra tiene experiencias negativas relacionadas con la organización y estructura de hospitales y servicios de salud públicos.

Es importante mencionar que, a partir de los resultados obtenidos del análisis factorial que se realizó en ambos instrumentos nos permitió hacer una comparación entre los factores del instrumento de satisfacción contra los factores del instrumento de experiencias y expectativas.

En donde se observó que los factores del instrumento de satisfacción se relacionaron cada uno con dos factores del instrumento de experiencias y expectativas:

- a) C 1 ----- A1 Y A3 * C instrumento de satisfacción
- b) C 2 ----- A3 Y A5 * A instrumento de exp. y expect.
- c) C 3 ----- A1 Y A4 ** El número indica el factor.

El hecho de haber encontrado correlación entre ambos factores nos indica la existencia de una relación entre éstos:

a) podemos observar que en los tres factores se incluyen preguntas relacionadas con las dimensiones de ejecución profesional y actitud profesional definidas en este estudio, tales como: responsabilidad del personal médico, la facilidad que éstos muestran de percibir problemas psicosociales, responsabilidad, efectividad, capacidad del médico, etc. Lo anterior nos lleva a suponer dos cosas; primero, replantear la estructura de la dimensión de ejecución profesional y actitud profesional agrupando a éstas en una sola, la cual se denominaría "comportamiento del personal médico" y segundo, a considerar que el paciente vea al personal médico como un todo, incluyendo su ejecución y comportamiento

b) en lo que respecta a esta triada observamos, que las preguntas del factor 2 del instrumento C y el factor 5 del instrumento A se refieren a aspectos relacionados con organización lo cual nos indica, que si existe una relación directa entre las experiencias y expectativas con el reporte de satisfacción. Es importante mencionar, que las preguntas de ambos factores respetan el orden que establecimos al considerar la dimensión de organización

Sin embargo, las preguntas que integran el factor 3 del instrumento A se refieren a las dimensiones de ejecución y actitud profesional, lo que nos lleva a pensar que mas que existir una relación directa, es indirecta, es decir, el hecho de que los usuarios consideren que la organización de la institución de salud es adecuada, tiene también que ver con lo que consideran sobre la actitud y ejecución del profesional

Por ultimo, c) en esta relación, observamos que ambos factores del instrumento A retoman aspectos sobre la actitud y ejecución del personal médico. Sin embargo, el factor 3 del instrumento C se refieren a aspectos "externos" a la atención, como son: la accesibilidad, la rapidez para llegar al hospital, el volver a recurrir al servicio, etc. Lo cual nos lleva a replantear, otra dimensión a la que denominaremos "calidad total" donde se incluirán todos aquellos aspectos externos a la institución de servicio que influyen en los usuarios para considerar a un servicio de salud como satisfactorio, incluyendo la actitud y la ejecución del profesional

Con respecto al análisis factorial en el instrumento de satisfacción podemos observar que :

FACTOR 1 contiene reactivos referentes a dos dimensiones, primeramente se encuentran la dimensión de ejecución profesional las preguntas, 1 (efectividad), 2(seguridad),3(competencia),y 4 (higiene), posteriormente de la dimensión de actitud profesional las preguntas 5,6 y 8 (trato humano), 9 y 11 (informatividad), 12 (cooperación), 13 (empatía) y 23 (responsabilidad)

Como se puede observar todo este factor habla en común de como el paciente percibe de como fue el contacto que tuvo con el medico durante la atención que proporciono este ultimo a su hijo (Ver Cuadro 11)

FACTOR 2 en lo que respecta a este segundo factor observamos que las preguntas, 15(continuidad), 16 (disponibilidad), 17 (cuidado integral), 18 (eficiencia), y 21 (accesibilidad) pertenecen a la dimensión de organización y solo la pregunta 14(atención a problemas psicosociales) pertenece a la dimensión de actitud profesional

Lo que se puede observar es que la mayoría de las preguntas están enfocadas a aspectos meramente de la organización y por el contrario pensaríamos que la pregunta 14 pudo no haber sido entendida de manera clara por lo que se sugiere eliminar de este factor y del análisis (Ver Cuadro 12)

FACTOR 3 en este factor se integran preguntas de las 4 dimensiones: ejecución profesional la pregunta 7 (capacidad del medico), 10 (trato humano) dimensión de la actitud profesional y las preguntas 20 (accesibilidad) y 22 (acomodación) y por ultimo 26 (satisfacción general)

En común observamos que estas preguntas fueron planteadas de manera negativa a excepción de la pregunta 26. El hecho de que la gente haya presentado desde el piloteo problemas con las preguntas planteadas de manera negativa nos lleva a pensar que esta fue la razón principal que las mantiene en un mismo factor. Además, es importante hacer presente que de manera implícita los usuarios pudieran relacionar el trato humano y capacidad con el que tan rápido han sido atendidos e instalados de manera adecuada (Ver Cuadro 13)

FACTOR 4 dentro de este factor encontramos a la pregunta 19 (accesibilidad), en la dimensión de organización

En lo que respecta a esta pregunta observamos una alta correlación con la pregunta 20 y por su poca comprensión consideramos que debería eliminarse (Ver Cuadro 14).

FACTOR 5 se encuentran las preguntas 24 y 25 (acomodación) dimensión de organización.

Estas preguntas en común tienen dos cuestiones: ambas son negativas y ambas hablan sobre como el paciente percibe que es el ambiente (Ver Cuadro 15).

Por otro lado, en lo que respecta al instrumento de experiencias y expectativas observamos que :

FACTOR 1 se encuentran las preguntas relacionadas con 3 dimensiones: referente a la dimensión de ejecución profesional se encuentran las preguntas 1 (seguridad), 4 (higiene), 6 y 9 (capacidad del medico), 16 (nutrición); de la dimensión de actitud profesional la pregunta 8 (trato humano), y la 18 (cooperación) y de la dimensión de organización 3 (disponibilidad).

Las preguntas anteriores están ligadas entre si por el hecho de referirse a los diversos aspectos que pudiera referirse el usuario para considerar un servicio de satisfacción en relación a sus experiencias negativas (Ver Cuadro 16).

FACTOR 2 dentro de este factor encontramos los reactivos 11 (trato humano), 12 (responsabilidad) de actitud profesional la 13 (acomodación) relacionada con la dimensión de organización.

Es importante mencionar que a excepción de la pregunta 13 en las dos anteriores si tienen relación por estar integradas en el mismo factor y detectar como ha percibido el paciente a través de sus experiencias, que el medico lo ha tratado (Ver Cuadro 17).

FACTOR 3 en este factor se ubica que en la dimensión de ejecución profesional están las preguntas 21 (efectividad), 23 (competencia), en la dimensión de actitud profesional están integradas las preguntas 22 (trato humano), y la 20 (satisfacción total).

Encontramos que no hay una relación significante entre preguntas esto quizás es debido a que las preguntas necesitarían ser replanteadas (Ver Cuadro 18).

FACTOR 4 se encuentran en la dimensión de actitud profesional las preguntas 14(trato humano) y en la dimensión de organización la pregunta 5(acomodación) y 15 (satisfacción general).

Lo que nos indica que se tienen que replantear preguntas para una mejor comprensión y de esta manera conocer la experiencia del usuario (Ver Cuadro 19).

FACTOR 5 en la dimensión de actitud profesional están las preguntas 7 (trato humano), y de organización la pregunta 10 (accesibilidad)

Lo que nos indica que se sugiere replantear la pregunta (Ver cuadro 20).

FACTOR 6 en la dimensión de ejecución profesional se encuentra la pregunta 17 (efectividad), y en la de actitud profesional se ubica la 19(trato humano).

Esto nos puede llevar a pensar que hay una relación por presentar experiencias positivas en cuanto si la atención ha sido además de adecuada no dolorosa (Ver Cuadro 21).

FACTOR 7 se ubica la 2 (trato humano) de la dimensión de actitud profesional en donde no hay ninguna relación con ninguno de los reactivos del instrumento (Ver Cuadro 22)

Por ultimo, se realizo un análisis de correlación entre los factores de ambos instrumentos tomando en cuenta para este análisis solo los que tuvieran una tendencia de respuesta mayor de 1.0 con probabilidad menor que .50 (P < .50) para observar que tanto grado de relación existe entre cada factor, encontrando las siguientes correlaciones: el factor 1 (comportamiento del medico) del instrumento de satisfacción se correlaciono altamente con los factores 1 y 3 del inst. de experiencias y expectativas ya que, se obtuvo una tendencia de respuesta con el factor 1 de 1.06 y con el 3 de 2.39 la mas alta correlación entre los factores. Lo cual nos indica que la satisfacción en general de los usuarios del área del hospital de pediatría esta en función de aspectos relacionados con el comportamiento del medico, su trato humano, su ejecución y el profesionalismo y seguridad que muestre en el manejo del padecimiento del niño mas que de la estructura u organización del hospital.

Ahora bien, con respecto a la influencia de las experiencias en el reporte de satisfacción, la correlación entre los factores obtenidos en el inst. de satisfacción y en el inst. de experiencias y expectativas nos permite suponer que existe una contribución relativa de algunas experiencias en el reporte de satisfacción, esto debido a que encontramos correlación significativa entre el factor 1 del comportamiento del medico en el de satisfacción y el factor 1 y 3 también del comportamiento del médico en el inst. de experiencia y expectativa, indicándonos que las experiencias y expectativas de los responsables de menores hospitalizados en la sala de pediatría, son una variable influyente para el reporte de satisfacción del comportamiento del medico. Sugiriendo que las experiencias y expectativas aprendidas o previamente construidas por los responsables de los menores juegan un papel importante en el reporte de satisfacción.

Cabe mencionar, que existieron mas correlaciones significativas ya que también se encontró una correlación importante entre el factor 2 del inst. de satisfacción con los factores 3 y 5 del inst. de experiencias y expectativas. Donde el valor PHI en el factor 2 con el 3 fue de 1.501 y con el factor 5 del inst. de satisfacción fue de 1.304.

En estas correlaciones se hace notoria las influencias que ejercen los aspectos de estructura y organización del edificio del hospital.

Es también, que en esta correlación, lo que nos indica que el usuario que ha aprendido o construido experiencias positivas relacionadas con la organización en otros hospitales tomara en cuenta también estos factores en el servicio que en el momento reciba y que de existir experiencias negativas sobre tal aspecto tendera a tener una expectativa considerable de la misma manera en el servicio que se le este proporcionando en el momento.

Por ultimo aspecto, se observo una correlación del factor 3 del inst. de satisfacción con el factor 1 y 4 del inst. de experiencias y expectativas cuyo valor PHI en el factor 3 VS el factor 1 es de 2.262 y el valor PHI del factor 3 VS el factor 4 es de 1.509

En lo que respecta estas correlaciones observamos que existe una relación negativa entre lo que es un comportamiento general del medico con la estructura y organización del hospital. Esto nos podria indicar que si los usuarios o responsables de menores hospitalizados en pediatria han observado que el comportamiento del medico ha sido inadecuado, de igual manera podra ser que perciba de manera negativa que la estructura y organización del hospital es inadecuada. Esto estaria de acuerdo con Donabedian, ya que menciona que el usuario toma en cuenta dos aspectos mas importantes para la satisfacción: el aspecto técnico y el aspecto humano.

Todas las anteriores correlaciones mencionadas resaltan el hecho de que donde existen experiencias positivas existirán altos niveles de satisfacción y por el contrario, donde existen aprendizajes negativos existirá una mayor probabilidad de insatisfacción en los servicios de salud.

Sin embargo, queremos resaltar que las experiencias no son únicamente los únicos aspectos psicológicos influyentes en un reporte de satisfacción de usuarios ya que también se encuentran: los atributos, las creencias, la percepción, etc. e incluso el estado de animo del usuario en el momento de recibir el servicio o la atención medica.

Como ya se habia mencionado, se corrobora la Teoría Expectativa- Valor donde nos habla del, modelo de la expectativa subjetiva donde menciona, que cuando una persona ha hecho una elección esta será dirigida hacia la alternativa que el considere le llevara a la consecuencia que le sea mas favorable, en el caso de los pacientes, el hecho de haber llevado a sus hijos a un servicio con la consideración de que este sea aliviado de su malestar, al momento de ser esta cumplida dejara de considerar negativo cualquier otro aspecto, como el que haya sido costoso el tratamiento en cuanto al tiempo, dinero o desgaste físico y humano.

CAPITULO 6

C O N C L U S I O N E S

En base a los resultados obtenidos del análisis de las dimensiones de los instrumentos de satisfacción y el de experiencias y expectativas , podemos mencionar que el grado de satisfacción de los responsables de niños internados en el Área de Pediatría del Hospital General Maximiliano Ruiz Castañeda ubicado en Naucalpan Estado de México, es muy aceptable.

Podemos afirmar que, si es cierto que la satisfacción e insatisfacción del paciente, con la atención médica, es una variable dependiente que se puede utilizar para medir la calidad de la atención, de esta manera, con los resultados obtenidos concluimos que, la atención médica ofrecida en el Área de Pediatría del Hospital , es de buena calidad.

En base al análisis factorial realizado podemos mencionar que en cuanto a la participación de aspectos psicológicos en la consideración de la calidad podemos decir que acorde con Tolman (cit Fishbein, 1984) encontramos que la gente aprende "expectativas" a través de creencias , donde las respuestas pueden ser continuadas por eventos . Esos eventos también pueden servir como reforzadores positivos o negativos de tal evento. Este argumento nos permite aprender a actuar o hacer mas posible que se cumplan las expectativas. Así, consideramos que es importante mencionar que para evaluar eventos relacionados con la satisfacción del paciente tenemos que tomar como base aquellas teorías de expectativas y actitudes que muestren un panorama general acerca de lo que queremos encontrar

A diferencia de López Payán (1988) y Barrón Villaseñor (1988) inferimos en el hecho de que variables independientes como : sexo, escolaridad , lugar de procedencia, ocupación, etc., no influyen en el resultado final del nivel de satisfacción global de pacientes con los sistemas de atención para la salud, sin embargo, la edad en base a la experiencia, pudiera tener cierta relación con el grado de satisfacción e insatisfacción de los usuarios, ya que en el presente estudio se encontró relación entre las experiencias y las expectativas en el reporte de satisfacción

Por otra parte , en cuanto al instrumento para medir la satisfacción de la calidad de la atención médica se encontró que la mayoría de los reactivos empleados cumplen con el grado de confiabilidad establecido, ya que, es de .9253 con P 0.05.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

Sin embargo, observamos que las preguntas con carga negativa causaron mucha confusión al usuario por lo que sugerimos sean replanteadas de tal manera que a los usuarios se les facilite su comprensión.

Así mismo, las preguntas 14 y 19 del instrumento de satisfacción y las preguntas 5,7 y 16 del instrumento de experiencias y expectativas sugerimos que sean eliminadas.

En lo que respecta, al instrumento para evaluar las experiencias y expectativas de los usuarios encontramos que, muestran un cierto problema para expresar el tipo de experiencia que han tenido ante una atención médica ya sea positiva o negativa, esto quizás pueda deberse a varias cuestiones, primera a su corta experiencia ya que frecuentemente en el momento de la entrevista mencionaban que ese era el único servicio al que habían acudido, otra razón pudiera deberse también al planteamiento de los reactivos por lo que no podemos descartar la posibilidad de que las preguntas no fuesen del todo claras por lo que habría que replantearlas y someterlas a un análisis estadístico para determinar su confiabilidad como en el caso del inst. de experiencias y expectativas.

Asimismo, en este estudio se encontraron problemas en cuanto algunos aspectos relacionados con la atención recibida en el área de Pediatría, tales como poca información acerca del padecimiento del niño, el tratamiento y los cuidados posteriores a este, estando relacionado con el índice de insatisfacción. Así, como otros estudios que se han realizado, este justifica el que se realicen investigaciones en la organización de los sistemas de salud en su ESTRUCTURA, PROCESO y RESULTADO para tratar de determinar y explicar factores que influyen en los índices de insatisfacción encontrados, y que en el presente estudio no fueron determinados dada su naturaleza global.

Es importante mencionar, que aunque los resultados encontrados aquí muestran cierta consistencia con los resultados de otros trabajos que evalúan satisfacción de pacientes, hacemos patente la necesidad de someterlos a otros procedimientos estadísticos para tener una mayor confiabilidad, por lo que dejamos abierto este estudio para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANASTASIA. (1978). Test Psicológicos. Madrid. Aguilar. p.p. 6-40.
- ARNAU, JAUME, (1978), Métodos de la Investigación en las Ciencias Humanas. Barcelona. Omega. p.p. 105-129.
- BARRATT,P.E. (1990). Fundamentos de los Métodos Psicológicos. México. Limusa. p.p. 56-59.
- BARRON VILLASEÑOR, V. (1988). Satisfacción de la Atención Médica en Usuario de la Clínica Marina Nacional del ISSSTE. p.p. 6-40.
- BLOOM,B.S; PETERSON,O. (1973).End Results, Cost and Productivity of Coronary-Care Units. En: The New England Journal, of Medicine. Vol.2,p.p. 72-77.
- CAMPBELL,D. Y STANLEY,J. (1978). Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales en la Investigación Social. Buenos Aires. Ed. Amorroutu. p.p. 123-139.
- CAMBELL, D. Y STANLEY,J. (1992). En: Programa de Psicología Aplicada Laboratorio I E.N.E.P.I. p.p. 15-21.
- CERVO,A.L. BERVIAN,P.A. (1979). Metodología Científica. México. Ed. MC Graw Hill. p.p. 34-39.
- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
- DONABEDIAN, A. (1984). La calidad de la Atención Médica. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana.
- FERNANDEZ, G.L. (1977). Metodología de la Investigación Psicológica. México. Ed. Trillas. p.p. 172-190.

- HULKA, S. BARBARA, ZYZANSKI, J.S. CASSEL, C.J. Y THOMPSON (1970). *Scale for the Measurement of Attitudes Toward Physicians and Primary Medical Care*. En: Medical Care. Vol. VIII. No. 5. p.p. 429-435.
- JAMES, R. EVANS Y WILLIAM, M. LINDSAY. (1995). *Administración y Control de Calidad*. México. Gpa. Editorial Iberoamericana. Cap: 1 y 2. p.p.
- JONES, L.W. (1990). *The Fundamentals of Good Medical Care*. En: Salud Pública de México. Vol.32. No.2. p.p. 245-247.
- LEWIS, R.J. (1994). *Patient View on Quality Care in General Practice: Literature Review*. En: Soc. Sci. Med. Vol.39. No.5. p.p. 655-670.
- LOPEZ PAYAN, JOSE, G. (1988). *Grado de Satisfacción e Insatisfacción de los pacientes con la Atención Médica en el Centro de Salud Beatriz Velasco de Alemán, S.S.* p.p. 6-55.
- PAGANINI, J.M. (1993). *Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria*. Washington. Organización Panamericana de la Salud.
- RUELAS, E. (1989). *Framework for the Analysis of Quality Assurance in Transition: The case of Mexico*. En: Aust. Clin. Rev. Vol.9. p.p. 9-16.
- RUIZ DE CHAVEZ, M., MARTINEZ, N.G., CALVO, R. J.M., AGUIRRE- GAS, H., ARANGO, R., CARA, C.R., CAMINOS, CIL., ORTIZ, M.I., UGALDE, G.E. Y HERRERA, J.F. (1990). *Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud*. En: Salud Pública de México. Vol.32. No.2. p.p. 156-169.

- SALINAS, G.E. Y LANDEROS, G.B. (1996). *El Papel de las Habilidades Sociales Pertinente a la Demanda de Satisfacción de Necesidades de Atención Médica en una Unidad de Gineco-Obstetricia*. E.N.E.P.I.

- SILVA, A. (1992). *Métodos Cuantitativos Aplicados a Psicología*. México. Ed. Trillas. p.p. 360-372.

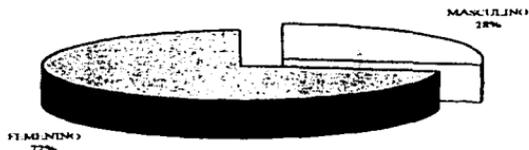
- WENSING, M., GROL, R. Y SMITS, A. (1994). *Quality Judgement by Patients on General Practice Care: A Literature Analysis*. En: *Soc.Sci.Med.* Vol.38. No.1. p.p. 45-53.

ANEXOS

CUADRO 1: SEXO DEL ENCUESTADO

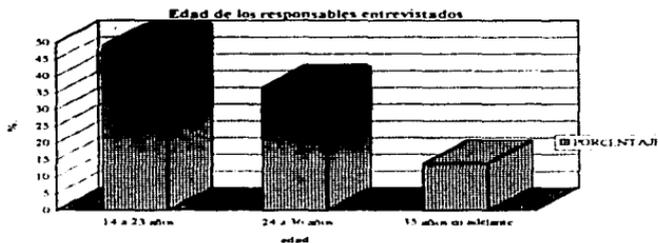
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	31	28.3
FEMENINO	87	71.7

Distribución por sexo de responsables de niños



CUADRO 2: EDAD DEL RESPONSABLE

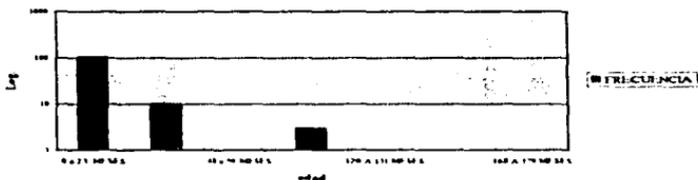
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 a 23 años	59	49.1
24 a 30 años	44	36.6
35 años en adelante	17	14.1



CUADRO 3 : EDAD DE LOS NIÑOS INTERNADOS

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a 23 MESES	103	83.8
24 a 35 MESES	10	8.1
48 a 59 MESES	0	0
84 A 95 MESES	3	2.5
120 A 131 MESES	1	0.8
156 A 167 MESES	1	0.8
168 A 179 MESES	1	0.8

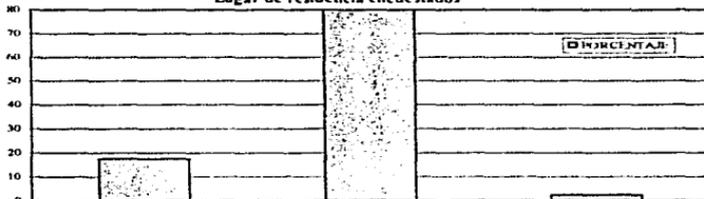
Edad de los niños internados



CUADRO 4 : LUGAR DE PROCEDENCIA

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CD. DE MEXICO	21	17.5
EDO. DE MEXICO	96	80
CENTRO DEL PAIS	3	2.5

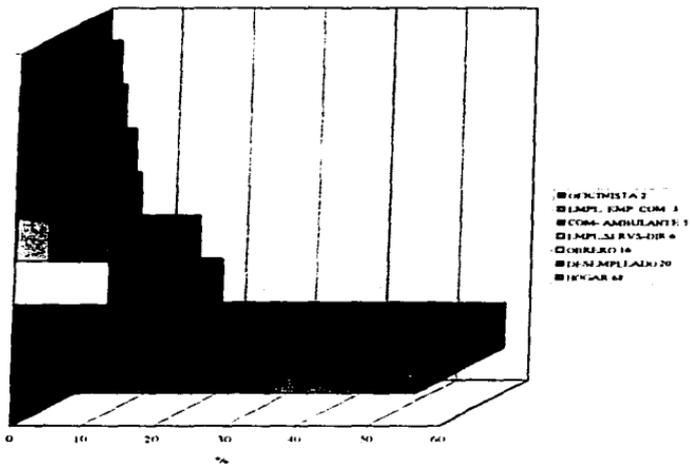
Lugar de residencia encuestados



CUADRO 5: EMPLEO

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	68	56.6
DESEMPLEADO	20	16.6
OBRERO	16	13.3
EMPL. SERV. DIR.	6	5
COM. AMBULANTE	5	4.2
EMPL. EMP. COM.	3	2.5
OFICINISTA	2	1.7
TOTAL	120	

Ocupación del responsable del niño



CUADRO 6 : ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	29	24.1
PRIMARIA	43	35.8
SECUNDARIA	37	30.8
TEC/COMERCIAL	5	4.2
BACHILLERATO	6	5

120

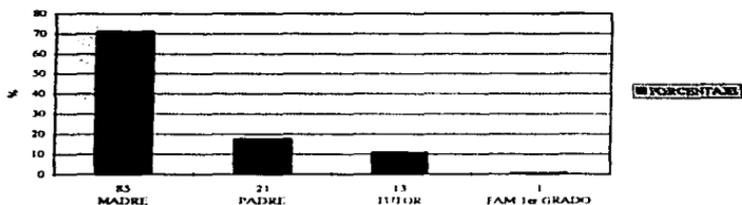


CUADRO 7 : PARENTESCO

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	85	70.8
PADRE	21	17.5
TUTOR	13	10.8
FAM. 1er GRADO	1	0.8

120

Parentesco del entrevistado



CUADRO 8: INSTRUMENTO DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

FAC 1	FAC 2	FAC 3	FAC 4	FAC 5
1	14	7	19	24
2	15	10		25
3	16	20		
4	17	22		
5	18	26		
6	21			
8				
9				
11				
12				
13				
23				

CUADRO 9: INSTRUMENTO DE EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS

FAC 1	FAC 2	FAC 3	FAC 4	FAC 5	FAC 6	FAC 7
1	11	20	5	10	17	2
3	12	21	14	7	19	
4	13	22	15			
6		23				
8						
9						
16						
18						

CUADRO 10: FACTOR VS FACTOR

FACC VS FACA	CORRELACION	
	PHI	SIGNIFICANCIA
FAC C1 VS FAC A1	1 06	0 0212
FAC C1 VS FAC A3	2 39	0
FAC C2 VS FAC A3	1 501	0 0392
FAC C3 VS FAC A4	1 509	0 001
FAC C2 VS FAC A5	1 304	0
FAC C3 VS FAC A1	2 262	0

CUADRO 11: INSTRUMENTO DE SATISFACCION (FACTOR 1)

REACTIVO	CATEGORIA
1*	EFFECTIVIDAD
2*	SEGURIDAD
3*	COMPETENCIA
4*	HIGIENE
5 6 8 **	TRATO HUMANO
9 11 **	INFORMATIVIDAD
12**	COOPERACION
13**	EMPATIA
23**	RESPONSABILIDAD

NOTA *DIM EJECUCION PROF

**DIM ACTITUD PROF

***DIM ORGANIZACION

 SATISFACCION GENERAL

CUADRO 12: INSTRUMENTO SATISFACCION (FACTOR 2)

REACTIVO	CATEGORIA
14**	ATENCIÓN A PROB PSIC
15***	CONTINUIDAD
16***	DISPONIBILIDAD
17***	CUIDADO INTEGRAL
18***	EFICIENCIA
21***	ACCESIBILIDAD

CUADRO 13: INSTRUMENTO SATISFACCION (FACTOR 3)

REACTIVO	CATEGORIA
7*	CAP MEDICO
10*	TRATO HUMANO
20**	ACCESIBILIDAD
22**	ACOMODACION
26*	SATISFACCION GENERAL

CUADRO 14: INSTRUMENTO SATISFACCION (FACTOR 4)

REACTIVO	CATEGORIA
19**	ACCESIBILIDAD

CUADRO 15: INSTRUMENTO SATISFACCION (FACTOR 5)

REACTIVO	CATEGORIA
23 y 24**	ACOMODACION

CUADRO 16: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 1)

REACTIVO	CATEGORIA
1*	SEGURIDAD
4*	HIGIENE
6 y 9*	CAP MEDICO
16**	NUTRICION
8**	TRATO HUMANO
18**	COOPERACION
3**	DISPONIBILIDAD

CUADRO 17: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 2)

REACTIVO	CATEGORIA
11**	TRATO HUMANO
12**	RESPONSABILIDAD
13***	ACOMODACION

CUADRO 18: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 3)

REACTIVO	CATEGORIA
21*	EFFECTIVIDAD
23*	COMPETENCIA
22**	TRATO HUMANO
20&	SATISFACCION GENERAL

CUADRO 19: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 4)

REACTIVO	CATEGORIA
14**	TRATO HUMANO
5***	ACOMODACION
15&	SATISFACCION GENERAL

CUADRO 20: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 5)

REACTIVO	CATEGORIA
7**	TRATO HUMANO
10***	ACCESIBILIDAD

CUADRO 21: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 6)

REACTIVO	CATEGORIA
17*	EFFECTIVIDAD
19**	TRATO HUMANO

CUADRO 22: INSTRUMENTO EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS (FACTOR 7)

REACTIVO	CATEGORIA
2**	TRATO HUMANO

1) Presente el siguiente reporte escrito, de acuerdo al nivel de aplicación de las normas sobre el tema de formación de Recursos de Pediatría por especialidad pediátrica en el subsector de su trabajo. Cabe mencionar que las respuestas que se dan en este formulario serán las que se utilizarán para el análisis de la información que se genera en el estudio de la situación de la especialidad de Pediatría en el Hospital General de Naucalpan.

Nombre del Hospital: Dirección:

Nombre: P. (Prof): Teléfono: (C. Reg): (M):

Datos del entrevistado: Especialidad: (Especialidad con el número)

1. Lugar donde habita: Ocupación: Fecha de nacimiento:

INSTRUCCIONES

A continuación se proporcionan varias preguntas acerca de la información sobre el personal y la programación de la infra (a) y de la familia. Marque con un "X" la respuesta que considere correcta. Marque con un "0" la respuesta que considere incorrecta.

	Siempre	Sí	No	Nunca	Siempre
1. Creer que el personal que se le refiere se le involucra en el trabajo de la familia.	<input type="checkbox"/>				
2. El médico que atiende al niño(a) muestra interés y simpatía y se esfuerza por solucionar su problema.	<input type="checkbox"/>				
3. Creer que los médicos que atienden al niño(a) son muy competentes en su profesión.	<input type="checkbox"/>				
4. Los procedimientos de diagnóstico y terapia son tratados en este hospital.	<input type="checkbox"/>				
5. Considerar que el médico y los enfermeros son altamente capacitados.	<input type="checkbox"/>				
6. El médico tiene un método de diagnóstico que se le aplica en los momentos que el niño(a) presenta su problema.	<input type="checkbox"/>				
7. Ponerse de acuerdo con los enfermeros que atienden al niño(a) con respecto a su trabajo.	<input type="checkbox"/>				
8. Cuando que el médico que atiende al niño(a) para cualquier problema participativo y colaborativo.	<input type="checkbox"/>				
9. El médico que atiende al niño(a) muestra interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
10. El médico que atiende al niño(a) muestra interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
11. El médico muestra interés en que el niño(a) sea tratado de acuerdo a su problema y a la familia del niño(a).	<input type="checkbox"/>				
12. El médico y los enfermeros que atienden al niño(a) se ponen de acuerdo para hacer su trabajo de diagnóstico del niño(a).	<input type="checkbox"/>				
13. Saber que el médico que atiende al niño(a) tiene conocimientos de la familia y de los miembros de la familia.	<input type="checkbox"/>				
14. El médico que atiende al niño(a) muestra interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
15. Ponerse de acuerdo con los enfermeros que atienden al niño(a) para el diagnóstico del niño(a) que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
16. El personal que atiende al niño(a) muestra interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
17. Considerar que este hospital cuenta con todo el equipo necesario para atender al niño(a) que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
18. La información médica que se le da al niño(a) tiene valor de tiempo y es oportuna para el niño(a).	<input type="checkbox"/>				
19. La información médica que se le da al niño(a) tiene valor de tiempo y es oportuna para el niño(a).	<input type="checkbox"/>				
20. Considerar que el tiempo que tarda en llegar al hospital es muy largo.	<input type="checkbox"/>				
21. Se atienden oportunamente a los niños(a) considerando la gravedad de su problema.	<input type="checkbox"/>				
22. El médico que atiende al niño(a) muestra interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
23. Ponerse de acuerdo con el personal que atiende al niño(a) para el diagnóstico del niño(a) que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
24. Se atiende oportunamente al niño(a) que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
25. La información que se le da al niño(a) tiene valor de tiempo y es oportuna para el niño(a).	<input type="checkbox"/>				
26. Se le atiende oportunamente al niño(a) que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
27. Los enfermeros que atienden al niño(a) muestran interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				
28. La familia que se le da al niño(a) muestra interés y simpatía en el trabajo que se le refiere (a).	<input type="checkbox"/>				

CLASIFICACION DE LAS DIMENSIONES Y CATEGORIAS DEL INSTRUMENTO TECNICO

EJECUCION PROFESIONAL

ITEM	CATEGORIA
1	Efectividad
2	Seguridad
3	Competencia
4	Higiene
7	Capacidad del medico
28	Nutricion

ACTITUD PROFESIONAL

ITEM	CATEGORIA
5	Trato humano
6
8
9	Informatividad
10	Trato humano
11	Informatividad
12	Cooperacion
13	Empatia
14	Atencion a problemas psicosociales
23	Responsabilidad

ORGANIZACION

ITEM	CATEGORIA
15	Continuidad
16	Disponibilidad
17	Cuidado integral
18	Eficiencia
19	Accesibilidad
20	..
21	..
22	Acomodacion
24	..
25	..
26	Calidad total
27	..

**DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO PSICOLOGICO DE EXPERIENCIAS Y
EXPECTATIVAS**

EJECUCION PROFESIONAL

ITEM	CATEGORIA
1	Seguridad
4	Higiene
6	Capacidad del medico
9
16	Nutricion
17	Efectividad
21	..
23	Competencia

ACTITUD PROFESIONAL

ITEM	CATEGORIA
2	Trato humano
7
8
11
12	Responsabilidad
14	Trato humano
18	Cooperacion
19	Trato humano
22	Trato humano

ORGANIZACION

ITEM	CATEGORIA
3	Disponibilidad
5	Acomodacion
10	Accesibilidad
13	Acomodacion
15	Calidad Total
20	Calidad Total