



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD ACADÉMICA
C.H.G.Z. No.32 GUASAVE, SINALOA**

**“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA
CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS QUE
PRESTA LA UNIDAD DE ATENCIÓN, DE MEDICINA
FAMILIAR # 54 DE MOCORITO, SINALOA, MÉXICO”**

**OBJETIVO: OBTENER EL TITULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ENRIQUE MEDINA LIMAS

GUASAVE, SINALOA.

FECHA: 2008-2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMA: NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD DE ATENCIÓN, DE MEDICINA FAMILIAR # 54 DE MOCORITO, SINALOA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ENRIQUE MEDINA LIMAS

AUTORIZACIONES:

**DR. MARCO ANTONIO RANGEL GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES EN EL CHGZ No.32
GUASAVE, SINALOA.**

**DRA. ALMA LORENA LÓPEZ ARMENTA
JEFE DEL DEPARTAMENTO CLÍNICO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**DRA. PAULA FLORES FLORES
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

ÍNDICE

	Pág.
1. Introducción.	6
2. Marco teórico.	8
2.1 Antecedentes históricos.	8
2.2 Antecedentes científicos.	26
3. Planteamiento del problema.	31
4. Justificación.	34
5. Objetivos.	36
5.1 Objetivo general.	36
5.1 Objetivos específicos.	36
6. Metodología.	37
6.1 Tipo de estudio.	37
6.2 Población de estudio.	38
6.3 Estudio realizado	37
6.4 Tamaño de la muestra.	37
6.5 Descripción del método.	38
7. Material.	40
8. Tabla de variable de estudio.	41

	Pág.
9. Criterios.	46
10. Cronograma de actividades.	48
11. Resultados.	49
12. Gráficas.	51
13. Discusión.	62
14. Comentarios.	65
15. Sugerencias.	66
16. Bibliografía.	67
17. Anexos.	73

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA
CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS QUE
PRESTA LA UNIDAD DE ATENCIÓN, DE MEDICINA
FAMILIAR # 54 DE MOCORITO, SINALOA**

1. INTRODUCCIÓN

La preocupación por la calidad no es algo nuevo, data desde siempre y a pesar de los grandes aportes en el sector industrial de acuerdo a autores como Schewart, Deming y Juran. (1)

Es difícil llegar a un acuerdo de lo que quiere decir calidad. Sin embargo, la gran mayoría acepta la idea de que la calidad es la capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al costo más bajo posible. (2)

La Calidad en la atención sanitaria se considera como el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provee a los beneficiarios, a fin de brindar el mayor número posible de años de vida saludable, a un costo social y económicamente válido, tanto para el sistema como para sus afiliados. Se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones, conducentes a una mejor prestación de servicios. (3, 4)

Es una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios. (5)

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. (6)

Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Históricos

Desde Hipócrates, la relación médico -paciente se ha considerado la base de la atención en salud, por cuanto describe la calidad ética y científica que se le otorgue al encuentro. A partir de estos tiempos, se asume como un pacto de trabajo entre los dos participantes en el que el galeno se compromete a satisfacer las necesidades e intereses de aquel que demanda sus conocimientos y a cumplir sus expectativas, entre las que se encuentran guardar lealtad al paciente de manera incondicional, ubicar el bienestar del consultante por encima de todos los intereses económicos y guardar el secreto profesional.

En 1979 el Ministerio de salud pública se fundamentaba en acciones de protección,(saneamiento ambiental, erradicación de la malaria), nutrición, planificación familiar ,fomento a la salud, atención materno infantil, madre gestante, sin embargo la cobertura de los programas era reducida, no tenía claro los objetivos en relación de los usuarios sobre los servicios que ofrecían las unidades de salud. (9)

En 1982, no se tenía claro la satisfacción del usuario ni como política ni como visión. La calidad de los servicios estaba dirigida a extender la red de servicios aumentar el personal médico y auxiliar de salud, medicamento infraestructura y

docencia e investigación. En ese momento la meta era llevar salud a los lugares más alejados del territorio nacional pero no existían estudios de opinión del usuario sobre los servicios de salud que ofertaba al Ministerio de salud. (10)

M. Baint (1961), afirmaba que la relación establecida entre el profesional de la salud y el usuario es el fármaco más potente, precisamente por ello una relación disfuncional que puede actuar como un anti placebo tan poderoso que haga buscar la terapia más adecuada. "El análisis de la relación asistencial forma parte del abordaje integral del individuo". (11)

La preocupación por la calidad no es algo nuevo, data desde siempre y a pesar de los grandes aportes en el sector industrial de autores como Schewart, Deming y Juran, es difícil llegar a un acuerdo de lo que quiere decir calidad. Sin embargo, la gran mayoría acepta la idea de que Calidad "es la capacidad para que un producto consiga el objetivo deseado al costo más bajo posible". (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como un alto nivel de excelencia profesional, un eficiente uso de los recursos humanos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del usuario y un impacto final en salud. (12) Asimismo, las estimaciones basadas en la satisfacción de los pacientes son un indicador de la ejecución del sistema y permiten diseñar diferentes estrategias alternativas para ofrecer los servicios. (13)

Una de las definiciones más aceptadas, aplicada específicamente a los servicios de salud, es la propuesta por el profesor de origen libanés y radicado en Estado Unidos Avedis Donabedian. La calidad de la atención a la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que juzgan son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente”. (14)

La calidad de la atención médica se fundamenta en la armonía de las características de los servicios brindados a la población con el sistema de normas valorativas y expectativas que existen en un momento histórico concreto y en una sociedad dada.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian.

El análisis de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados pueden ser fáciles y

exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. (15)

Son muchos los atributos o dimensiones de la calidad que aparecen reflejados en la literatura, pero los que son de mayor utilidad en nuestro medio se refieren a:

- Competencia y desempeño profesional.
- Efectividad.
- Eficiencia.
- Accesibilidad.
- Satisfacción.
- Adecuación.
- Continuidad.

Un aspecto importante que se debe tener en cuenta al evaluar la calidad es la satisfacción de los pacientes y de los propios prestadores de la atención, pues sólo cuando seamos capaces de devolver la salud al paciente es que éste se sentirá totalmente satisfecho con nuestro trabajo. (16)

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario".

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes:

- Organizativos (tiempo de espera, ambiente, entre otros).
- Atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población.
- Trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso. (17)

La valoración que hace cada individuo del grado en que se satisface su necesidad de salud en cada momento está influida en primer lugar por su propia experiencia como usuario del servicio, y esta experiencia valora fundamentalmente la calidad de la relación que se establece con el médico, como paciente o como familiar de paciente. Esta relación puede tener como marco la institución de salud, el hogar, la comunidad y la satisfacción generada en su integralidad cumple varias funciones:

- Una función social: para el paciente la salud pública es una institución priorizada, responsabilizada con el mantenimiento, conservación y mejoramiento de su salud y sus experiencias en estas instituciones influyen decisivamente en su opinión sobre el sistema social.

- Una función profiláctica y dinamizadora de las conductas generadoras de salud: el paciente que tiene experiencias positivas de la salud pública y alto nivel de satisfacción con la atención mantiene una actitud activa en cuanto a la solicitud de ayuda y a la transformación de su modo de vida en aras de incrementar su salud.
- Una función terapéutica: un paciente satisfecho con la atención de salud presenta un mayor grado de cumplimiento de las indicaciones del médico y el odontólogo y se muestra muy cooperativo, dado lo cual traduce la existencia de una real confianza en el criterio y actividad del profesional. Como ya se ha expresado, el paciente tiende a enjuiciar la competencia técnica del médico y el odontólogo por el grado de apoyo socio psicológico y emocional que recibe de él. Por esta razón, el profesional que se gana la confianza en su paciente está engendrando una respuesta socio emotiva en el mismo que beneficia por muy variadas vías el resultado de la atención.

La satisfacción del paciente representa la evaluación que él hace acerca de la calidad de la atención y está determinada por la percepción que él mismo haga de la medida en que se satisfagan sus expectativas de una atención de buena calidad. (18)

Los derechos fundamentales del usuario: Los usuarios del sector salud, público y privado gozaran de los siguientes derechos:

- Acceso a los servicios de salud garantizándolos conforme a la presente ley.
- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios

De salud públicos a la población vulnerable y son vulnerables todas aquellas personas que no dispone de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano, y se incluyen los grupos especiales entre ellos el binomio madre – niño, personas de la tercera edad y discapacitados.

- Gratuidad de los servicios en el sector público, cuando el usuario forma parte

De la población vulnerable, con prioridad en el área materno infantil.

- A ser informada de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico incluyendo el nombre facultativo, diagnóstico, pronóstico, y alternativa de tratamiento y a recibir consejería por personal capacitado.
- Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su instancia en la unidad de salud salvo en casos legales.
- Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, del sexo, moral, económico, Ideológico, político o sindical.

- A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o procedimientos, diagnóstico, terapéutica y pronóstico.
- El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico designar, que se le comunique todo aquello que sea necesario para el debido consentimiento.
- A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos.
- A exigir que los servicios que se les prestan para la atención cumplan con los estándares de calidad tanto en los procedimientos como en la práctica.

Respeto y dignidad.

Derecho a recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia como reconocimiento de su dignidad personal.

Identidad.

Derecho a saber la identidad y calificación personal de los individuos que les están ofreciendo servicios.

Seguridad personal.

Derecho a esperar una seguridad razonable en las medidas que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las instalaciones del servicio lo permitan.

Comunicación.

Derecho a que la comunicación en salud se realice en el idioma predominante de la comunidad.

Información.

Derecho a obtener información completa y actualizada de las actividades de atención, promoción y prevención para así poder decidir sobre la participación voluntaria.

Consentimiento.

Derecho a participar razonablemente informado en las decisiones relacionadas al cuidado de la salud.

Ética médica, privacidad y confidencia en la atención:

Derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes postulados:

- Derecho a rehusarse a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con la atención, aun personas que podrían estar oficialmente relacionadas con la institución, pero no involucradas directamente en su examen y tratamiento, por ejemplo estudiantes de medicina.

- Derecho a esperar que toda atención o mención de su caso se realice discretamente, que sin su consentimiento no haya gente presente sino esta directamente involucrada en su atención.
- Derecho a usar el vestido personal apropiado, objetos religiosos y simbólicos, sino interfieren con los procedimientos, pruebas diagnósticas o el tratamiento.
- Derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Incluye el derecho a pedir la presencia de una persona del mismo sexo, durante el examen, tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a permanecer desnudo solo el tiempo necesario para llevar a cabo el procedimiento.
- Derecho a que su expediente sea leído solo por aquellos directamente involucrados en su atención, o de supervisar la calidad de ésta. Otras personas podrán utilizarlo solo con su autorización por escrito, o la de su representante legal autorizado.
- Derecho a que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo facturas de pago, sean tratados confidencialmente.
- Derecho al acceso imparcial al tratamiento, sin considerar su edad, raza, creencia, sexo o identidad sexual y nacional.

- Derecho a rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente, o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado, se dará por concluida la relación con el paciente previo acuerdo.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.

- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continúa de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria. (19)

El problema de la calidad en la Salud.

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicaciones teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica. Nuestras acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados entre ellos están:

- Necesidad de establecer que se puede entender por calidad.
- Necesidad de delimitar el campo en el que estudiaremos la calidad, para no dispersarnos con problemas que no corresponden.

- ¿Cómo medir la calidad y así fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones, etc.?
- ¿Cómo podremos controlarlo (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)?

Es importante mencionar que la mayoría de las veces que se realizan trabajos de calidad en salud, se presentan algunas dificultades debido a que no sean resueltos previamente las cuatro dificultades antes mencionadas. De la misma manera que la calidad global del centro y con el interés de sistematizarla mejorando cualitativamente el trabajo.

La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin dissociar sus componentes. Prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción. En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad:

- Puntualidad.
- Prontitud en la atención.
- Presentación del personal.
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema.
- Efectividad en los procedimientos.

- Comunicación con el usuario y la familia.
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
- Aceptación de sugerencias.
- Capacidad profesional.
- Ética.
- Equidad.
- Presentación física de las instalaciones.
- Presentación adecuada de las instalaciones.
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos.
- Educación continúa a personal del servicio y a usuarios.

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: Planeación de la calidad, Control de la calidad, Aseguramiento de la calidad, Mejorar la calidad y Evaluación de la calidad.

El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.

La evaluación de la calidad mide no sólo el impacto si no el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación. Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos. (20)

La evaluación de la calidad de los servicios del primer nivel de atención y la satisfacción de sus usuarios es estratégica para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la planeación, diseño y organización. (21)

La satisfacción está relacionada tanto con algunas características de la interacción del médico con el usuarios como de las instituciones de salud. (22)
.Así mismo, es importante señalar que la satisfacción influye en los resultados de algunos aspectos de la práctica clínica: mejor cumplimiento con las citas médicas, el tratamiento y las recomendaciones médicas. (23)

Es importante señalar que la satisfacción influye en los resultados de algunos aspectos de la práctica clínica: mejor cumplimiento con las citas médicas, el tratamiento y las recomendaciones médicas. (24) Estos factores son de vital importancia, sobre todo para los pacientes con enfermedades crónicas quienes por su discapacidad y complicaciones requieren supervisión médica durante largos periodos. (25)

En la mayoría de los estudios enfocados a evaluar la satisfacción de los usuarios, de manera consistente se han encontrado altas tasas de satisfacción. (26) No obstante, se ha cuestionado la validez de estos hallazgos debido a la dificultad para explicar la falta de asociación (o correlaciones muy bajas) entre el reporte de satisfacción y las áreas evaluadas. Todo hace suponer que las altas tasas de satisfacción pueden deberse a problemas metodológicos relacionados con los instrumentos de medición, (27) particularmente con la tendencia de respuesta de los sujetos encuestados.

Existen datos que muestran que ciertos factores pueden tener gran influencia sobre la respuesta de los individuos al contestar un cuestionario; la magnitud y gravedad del problema dependerá de la naturaleza del cuestionario y de las condiciones bajo las cuales es aplicado. (28) Los factores que con mayor frecuencia afectan la respuesta de los sujetos son los sesgos derivados de la deseabilidad social (los pacientes reportan mayor satisfacción de la experimentada debido a la creencia de que los comentarios positivos son más

aceptables para el investigador) y de la tendencia a congraciarse (cuando los pacientes utilizan las encuestas para ganarse la aceptación del grupo de salud). (29, 30) Otro problema en la evaluación de la satisfacción son las dimensiones que deben integrar los instrumentos para la evaluación de este fenómeno. Donabedian considera la evaluación de la *estructura* (conjunto de recursos físicos y materiales con los que se cuenta para brindar atención de salud), del *proceso* (procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realizan con el propósito de resolver un problema de salud) y de los resultados de la atención (la forma como respondió el paciente a la enfermedad). Entre los aspectos que se incluyen en los instrumentos de evaluación de la satisfacción se encuentran la interacción del médico con el paciente, tiempos de consulta y de espera, privacidad, resultados de la atención, accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, así como habilidades del médico. No obstante, la satisfacción ha sido valorada sólo desde la perspectiva del prestador de servicios y no se ha incorporado al usuario. Por lo anterior, es necesario utilizar una aproximación teórica-metodológica que permita conocer qué es la satisfacción desde la perspectiva de los sujetos que reciben la atención, para identificar los aspectos que deben ser considerados en la evaluación de este fenómeno. (31, 32)

El servicio al cliente es percepción. La calidad científico-técnica de la atención médica podría objetivarse con el establecimiento de estándares y la comparación de los mismos con la realidad de los resultados. Por el contrario,

el servicio al cliente es un valor subjetivo. Puede estimarse que el nivel es bueno y, sin embargo, los clientes opinan que es insuficiente, inadecuado o excesivo al compararlo con sus expectativas. Las preguntas de una encuesta de satisfacción se deben centrar en los aspectos de la calidad que interesan a los usuarios. La elaboración del sondeo debe ir precedida de un estudio, donde se recojan las opiniones de los clientes actuales y de los antiguos clientes con objeto de poner de manifiesto las preocupaciones del usuario, sus expectativas y su forma de expresarlas. (33)

A la fecha, el concepto de calidad, ha evolucionado hacia el concepto de Calidad Total, cuyo indicador fundamental es la Satisfacción de las expectativas del Cliente, los mismos que pueden ser externos o internos. Las expectativas de los Clientes pueden ser: 1.- Implícitas o básicas, 2.- Explícitas; aquellas que exigen algunas especificaciones y requisitos 3.- Latentes; aquellas que involucran un nivel de excelencia; por un valor agregado y no siempre esperado. La escala de valores en este marco de calidad se resumen en tres variables: Mayor calidad, mayor rapidez y más económico, el cual se asocia con la cadena de producción para competir con otras prioridades empresariales como costos y productividad. Bajo este enfoque de satisfacer la exigencia del cliente fueron introducidos los conceptos de Control de Calidad y Garantía de Calidad. (34)

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, diversos autores encontraron que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico. (35)

2.2 Antecedentes científicos.

Estudio transversal que se llevó a cabo en las consultas del SMP del Hospital General Universitario de Alicante. Este servicio posee 4 facultativos, 3 enfermeras y 2 administrativos; la actividad asistencial se desarrolla en 2 consultorios en los que se atiende a los usuarios externos (pacientes incluidos en programas de vacunación específicos, estudio de contactos de enfermedades inmunoprevenibles y estudio de contactos de pacientes con tuberculosis) y a los usuarios internos (personal sanitario en los que se realiza la evaluación del riesgo biológico y estudio de exposiciones accidentales a material biológico). La tasa de respuesta fue del 84,4% (119/141); de estos, el 94,1% (112/119) fueron auto cumplimentados adecuadamente. La edad media de las personas que respondieron correctamente fue de 44,2 años con una estándar de 14,3 años. El 52,7% eran mujeres y el 63,4% fueron usuarios externos. En lo que se refiere al estado civil, el 60,7% estaban casados y el 27,7% eran solteros. La distribución del nivel de estudios fue: Universitarios (40,2%) bachiller/formación profesional (29,5%), primarios (27,7%) y sin estudios (2,7%). No existieron diferencias significativas entre las variables edad,

sexo y tipo de usuario de los que cumplimentaron adecuadamente el cuestionario y las del resto de personas incluidas en el estudio. El 82,1% de los cuestionarios presento´ una puntuación final igual o mayor a 8. Por su parte, la satisfacción global media fue de 8,8 puntos. (36)

En un estudio realizado en Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza para revisar la relación médico paciente y conocer el nivel de satisfacción general de los pacientes hospitalizados con respecto a los médicos y pacientes. Estudio fue descriptivo, transversal. Se encuestó a 64 pacientes hospitalizados en las salas de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en marzo de 2003. Se valoraron los niveles de satisfacción general de los pacientes con respecto a los médicos y su comportamiento.

Consignaron las variables clínicas y demográficas: edad, sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, empleo, estancia hospitalaria, tiempo de enfermedad mayor a un año, número de hospitalizaciones previas en los últimos 5 años, médico en entrenamiento identificado como su médico encargado y número de pacientes a su cargo. Resultados: La edad de los pacientes en promedio fue de 42 años, 56% fueron mujeres, 34% con educación primaria, 67% en el nivel socioeconómico- El 88% veía al interno como el médico en formación más próximo a él. El nivel de satisfacción general fue 82.8%, con niveles de satisfacción menores para las habilidades de comunicación con el paciente 73%, el ejercicio de la autonomía 31%, la consideración de la perspectiva del

paciente y sus valores 21% y los aspectos psicosociales 18%. Conclusión: El nivel de satisfacción general es similar al evaluado en otros países, siendo necesario reforzar en los médicos en entrenamiento: las habilidades de la comunicación, el ejercicio de la autonomía de los pacientes, la valoración de la perspectiva del paciente y los aspectos psicosociales. (37)

En un estudio realizado sobre satisfacción laboral en el Hospital de Gastroenterología de Zurita, Maracaibo, Venezuela se obtuvieron los siguientes resultados: el grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa del servicio de gastroenterología es excelente, la eficiencia de atención de la secretaria y la decisión de recomendar a otros el servicio recibieron el mayor puntaje, mientras que los niveles más bajos se registraron referentes al tiempo de espera, y la adecuación del área física, aunque ninguno de éstos niveles descendió en ningún momento de "excelente" a la categoría de "bueno". Al agrupar los puntajes por indicadores se observó que el más alto de ellos corresponde al grado de utilización del servicio. (38)

I SILAIS Matagalpa, desarrolló el primer estudio en el año 2,001, donde se realizaron 1,557 entrevistas a usuarios externos, contando con la participación de proyectos presente en el territorio y algunas instituciones como el Ministerio de Educación Cultura y Deportes. Aproximadamente la mitad de los entrevistados invierten menos de 30 minutos en llegar desde sus casas a las unidades de salud, un 37% lo hace entre 30 minutos y menos de 2 horas. Sin

embargo hay un 20% que tarda más de 2 horas y un 4% procedían de comunidades que quedan a más de 4 horas de camino, estos mismos usuarios tuvieron que esperar más de 60 minutos para ser atendidos.

Se observa que el 68% de los usuarios entrevistados esperaron para recibir la atención menos de 30 minutos, y lo consideraban aceptable, sin embargo el 30% de los usuarios que refirieron haber esperados entre 30 minutos a más de 1 hora, su consulta. En relación a al tiempo de duración de la consulta los entrevistados manifestaron que la duración de la consulta es muy poca y que un 62% fue atendido en menos de 5 minutos, sin embargo, el 64% de los que fueron atendidos en más de 10 minutos refieren que es mucho tiempo. En general el 51% considera que el tiempo de atención debe durar entre 5 y 10 minutos. Existe un 5% de los entrevistados que manifestaron que no se les respetó la privacidad.

En un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las encuestas realizadas a los pacientes del Seguro Popular del Hospital Integral Ixcaquixtla. Se analizaron 60 encuestas de las cuales 52 persona fueron del sexo masculino y 8 del sexo femenino, a los 60 se les realizaron las siguientes preguntas; conocimiento de sus derechos, el 42% contesto que conoce sus derechos como paciente y derechohabiente del Seguro Popular, el 58% negó conocerlos, negación del servicio al 93% de los pacientes les otorgaron el servicio y al 7% les negaron el servicio; se encuestó también el motivo de asistencia al hospital

encontrando que dentro de los afiliados al Seguro Popular 1 paciente acudió a consulta por embarazo de alto riesgo, 12 pacientes acudieron a consulta sanos con fines de prevención, 18 pacientes acudieron por enfermedad aguda o por accidente, 21 pacientes en búsqueda de un diagnóstico a su padecimiento y un tratamiento adecuado y 8 pacientes acudieron a la realización de radiografías y/o de análisis de laboratorios; en cuanto al tiempo de espera el 5% esperó menos de 30 minutos para ser atendido, 27% esperó aproximadamente de 30-60 minutos, 68% esperaron para recibir un servicio más de 60 minutos, se indagó el número de medicamentos recibidos y el 3% de los pacientes recibió solo un medicamento, el 4% no recibió ninguno, 78% recibió todos los medicamentos, 15% recibió 2 medicamentos; valoramos el grado de satisfacción del usuario 78% estuvo muy satisfecho, 18% algo satisfecho y el 4% insatisfecho. (39)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las circunstancias actuales es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. (40)

La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal.

Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada. En este aspecto los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud en nuestro país, son exigidos a rendir mayor producción, con menos recursos; descuidando la calidad. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza. (41)

El médico debe tener por esencia un sentido humano, para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación. (42)

El interés en la calidad de la atención médica en México tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que se manifiestan en la cobertura y en la misma calidad de los servicios. (43)

El interés por el estudio de estos temas surge ante la emergencia de problemas de carácter médico legal, denuncias de mal praxis, impericia y negligencia médica, que van cobrando importancia también en Latinoamérica (44, 45) así como por la propia insatisfacción de los médicos (46) quienes identifican como causas para ella la masificación de los servicios de salud, sobre todo en EEUU, el corto tiempo asignado para la atención de cada paciente y la corta duración de la relación médico paciente en general. (47) Otras razones encontradas para la investigación de estos temas fueron los fines diagnósticos, terapéuticos y pedagógicos que los resultados de éstas puedan tener para el beneficio de los médicos en formación. (48)

Los comportamientos negativos hallados en los médicos se encuentran en porcentajes discretamente superiores que en USA. Los pacientes se sienten tratados como casos más que como personas en un 23% en Lima y 7.7% en USA; sienten que se ignora sus sentimientos, 22% en Lima y 3.8% en USA, se evita sus preguntas, 9.5% en Lima y 2.9% en USA y se actúa con ellos con aires de superioridad, 4.7% en Lima y 12.4% en USA. (49)

En base a la problemática expuesta y por la magnitud que ésta tiene, me planteo la siguiente interrogante ¿Cual es el nivel de satisfacción de los usuarios en la calidad de atención en los servicios que presta la Unidad de Atención de medicina familiar N°.54 de Mocorito, Sinaloa?

4. JUSTIFICACION

En México se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario. El interés de la calidad de atención médica tiene su origen no solo en el malestar expresado por los usuarios en el servicio de salud, sino también en el deseo que disminuye la desigualdad en el sistema de salud de los servicios recibidos y como trazador en la adherencia del tratamiento. En México la norma de atención médica deberá incorporar el grado de satisfacción de las necesidades de salud y las características en la prestación del servicio.

La calidad de atención siempre ha representado un reto, lo indistinto de las concepciones teóricas la hace un abanico de opciones de interpretación y aplicaciones, si aceptamos que la atención a la salud se da en un contexto de interrelación de procesos que hace que los productos tengan diferentes niveles de calidad, lo hace más complejo, por lo que tener claro cómo lograrla es un ejercicio lleno de experiencias y aprendizaje que ha generado en diversos países una serie de metodologías para alcanzarla.

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicios que cumplan con los estándares

médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados.

El enfoque al usuario es particularmente crucial para la orientación porque ésta provee la base para la toma de decisiones informadas, lo cual es esencial en la prestación de los servicios de buena calidad. Muchos de los prestadores de servicio creen saber lo que más les conviene a sus usuarios porque tienen más pericia y más educación o pertenecen a un nivel socioeconómico más alto que sus usuarios. En una publicación en la que se exploraba la calidad en la atención en adultos de 60 y más años, en Unidades de Medicina Familiar del IMSS del estado de Tlaxcala, se halló que para el 65%, la prioridad de calidad fue el trato amable, para el 22% la mejoría del padecimiento, para el 9% el corto tiempo de espera y para el 5% las amenidades. El tiempo de espera real fue de 25 minutos para los que tuvieron cita previa y de 124 para los que solicitaron consulta ese día decisiones sabias.

Esperando que con los resultados se tomen propuestas que contribuyan en el mejoramiento de la calidad de atención de los usuarios.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el nivel de satisfacción del usuario en los servicios que presta la Unidad de Atención de Medicina Familiar N° 54 de Mocorito, Sinaloa.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Registrar las características sociodemográficas de los usuarios tales como: edad, sexo, estado civil, escolaridad de la población en estudio, nivel socio-económico.
2. Determinar el nivel de satisfacción del usuario por él: médico, enfermera, asistente.
3. Medir el tiempo de espera para la atención médica.
4. Registrar si le respetan el horario de su cita.
5. Medir el tiempo de espera para el surtimiento de la receta.
6. Identificar el surtimiento total de la receta.

6. MÉTODO.

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Prospectivo.
- Transversal.
- Observacional.
- Descriptivo.
- Socio-médico.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Todos los usuarios mayores de 20 años que acudan a la clínica Unidad de Atención de Medicina Familiar N° 54 de Mocorito, Sinaloa.

6.3 ESTUDIO REALIZADO.

Del 1º de abril al 31 de julio 2010.

ULTIMA UNIDAD DE MUESTREO .Encuesta única por derechohabiente.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

120 encuestas sobre satisfacción del usuario elaborada por el investigador. De un total de 1838 usuarios (988 femenino) 850 (masculino) se aplicó la siguiente fórmula: (total de usuarios mayores de 20 años) $1838 \times 0.25 = 462 / 3.84 = 120$ encuestas aplicadas.

6.5 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO.

Encuesta aplicada previo consentimiento informado en forma escrita (anexos).

El autor de éste trabajo se entrevistó con el director de la unidad del Seguro Social solicitando la autorización para llevar a cabo la investigación, siendo responsable el estudiante de residencia de medicina semipresencial, el director mostró amabilidad y apoyo para la realización de la investigación, esperando que los resultados beneficien a los usuarios de la unidad

El procedimiento para la obtención de muestra se llevó a cabo entrevistando a los usuarios que acudieron a recibir atención médica turno matutino (único turno) se les aplicó la encuesta posterior al surtimiento de la receta.

La encuesta consta de las siguiente información: Datos personales del usuario: Edad, sexo, ocupación, grado de escolaridad, nivel socio -económico.

Para medir como fue el nivel de satisfacción, el tiempo de espera y el respeto al horario se utilizó la siguiente metodología: Excelente/Buena/Regular/Mala.

La encuesta consideró la evaluación "Mala" cuando la satisfacción no alcanzó los niveles mínimos esperados. "Regular" cuando la satisfacción alcanzó los

niveles mínimos aceptables, "Buena" cuando el ciudadano(a) estuvo casi totalmente satisfecho con la información o atención recibida y "Excelente" cuando el cliente quedó totalmente satisfecho con la atención recibida.

En el tiempo de espera aceptable o adecuado se consideró " siempre" cuando esperó menos de 30 minutos, casi siempre de 30 a 45 minutos, a veces de 45-60 minutos y nunca cuando es mayor de 60 minutos.

7. MATERIAL.

MATERIALES:

- Papel.
- Tinta.
- Lápiz.
- Pluma.
- Borrador.
- Computadora (paquetes computacionales: Windows, Excel.
- Word.
- Copiadora-USB.

HUMANOS:

- Maestros, trabajadoras sociales y alumnos de la escuela.
- Entrevistador (investigador).
- Capturista.
- Asesora.

8. TABLA DE VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLES A MEDIR.

- Variable cualitativa: Nivel de satisfacción del usuario, sexo, ocupación, grado de escolaridad, surtido del medicamento, servicio recibido, nivel socioeconómico.
- Variables cuantitativas: Edad, tiempo de espera, horario, nivel socio-económico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Nivel de satisfacción: Medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

Edad: Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.

Sexo. Se refiere a división del género humano en dos grupos: hombre y mujer.

Estado civil: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Escolaridad: Período de tiempo en el cual asistió a la escuela.

Ocupación: Es la acción y efecto de ocuparse.

Nivel socio- económico: Estructura jerárquica basada en la acumulación del capital económico y social. Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida social.

Tiempo de espera: El tiempo transcurrido entre el momento en que el usuario se le asigna un horario de consulta y el momento en que pasa al consultorio.

Se medirá si el tiempo fue adecuado o satisfactorio.

Surtido de medicamento: Es la entrega de medicamentos prescritos por el médico.

Servicio recibido: Conjunto de actividades realizadas por una empresa para responder a las necesidades del cliente

Personal: Conjunto de personas que trabajan en un mismo organismo, dependencia o fábrica.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE
NIVEL DE SATISFACCIÓN	<p>La satisfacción del usuario: Medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.</p> <p>Excelente. Bueno. Regular. Malo.</p> <p>La encuesta considera la evaluación "Malo" cuando la satisfacción no alcanza los niveles mínimos esperables, "Regular" cuando la satisfacción alcanza los niveles mínimos aceptables, "Buena" cuando el ciudadano/a está casi totalmente satisfecho/a con la información y/o atención recibida y "Excelente" cuando el/la cliente/a queda totalmente satisfecho/a con la atención recibida.</p>	CUALITATIVA
EDAD	Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	CUANTITATIVA
SEXO	Se refiere a división del género humano en dos grupos: hombre y mujer.	CUALITATIVA

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE
ESTADO CIVIL	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.	CUALITATIVA
ESCOLARIDAD	Período de tiempo en el cual asistió a la escuela.	CUALITATIVA
OCUPACIÓN	Es la acción y efecto de realizar una actividad laboral.	CUALITATIVA
TRATO DEL PERSONAL	Es la percepción que tiene el paciente en la atención proporcionada por el personal médico durante la consulta.	CUANTITATIVA
HORARIO	Es un indicador de las horas en la que debe concretarse hacer las tareas	CUANTITATIVA
ENTREGA DE MEDICAMENTOS	Es el surtido de medicamentos prescritos por el médico.	CUANTITATIVA
TIEMPO DE ESPERA	El tiempo transcurrido entre el momento en que el usuario se le asigna un horario de consulta y el momento en que pasa al consultorio. Si lo considera aceptable. Siempre menos de 30 minutos. Casi siempre, 30-45 minutos. A veces, 45-60 minutos nunca más de una hora.	CUANTITATIVA
SERVICIO RECIBIDO	Conjunto de actividades realizadas por una empresa para responder a las necesidades del cliente.	CUANTITATIVA
PERSONAL	Conjunto de personas que trabajan en un mismo organismo, dependencia o fábrica.	CUANTITATIVA

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Estructura jerárquica basada en la acumulación del capital económico y social. Representa la capacidad.	CUALITATIVA
PERSONAL	Conjunto de personas que trabajan en un mismo organismo, dependencia o fábrica	CUANTITATIVA
NIVEL SOCIO ECONÓMICO	Estructura jerárquica basada en la acumulación del capital económico y social. Representa la capacidad	CUALITATIVA
RECETA COMPLETA	Es el surtido de receta sin ningún faltante	CUALITATIVA

9. CRITERIOS.

INCLUSIÓN.- Usuarios que acudan al solicitar servicio médico, ya sea con cita o sin ella, mayores de 20 años.

- Que acepten participar en la muestra
- Que deseen contestar la encuesta de manera voluntaria

EXCLUSIÓN.- Los usuarios que no deseen llenar la encuesta ni participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.- Encuestas incompletas.

MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS: Encuesta directa bajo un esquema de diseño observacional de corte transversal, previa explicación de lo que significa nivel de satisfacción.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó estadística descriptiva: para variables nominales y ordinales se calcularon frecuencias y porcentajes, para variables numéricas se calculará medidas de tendencia central y de dispersión.

Una vez recolectada la información, se procedió a capturarla, para lo cual se utilizó un software para el manejo de bases de datos, posteriormente se verificó

la calidad de la información, se presentará la información en cuadros y gráficas que mejor ilustren su distribución, para ello utilizaremos la estadística descriptiva. Con el fin de identificar factores que posiblemente influyan en la percepción de la calidad de atención, se utilizaron modelos matemáticos, para lo cual se propuso el uso de estadística multivariada.

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN:

Encuesta elaborada por el autor, la cual incluye las variables de edad, sexo, estado civil escolaridad, nivel socio económico, ocupación, nivel de satisfacción, tiempo de espera para que le atiendan en el horario fijado, si le han proporcionado los medicamentos en tiempo satisfactorio y receta completa.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	4	MESES
EVALUACIÓN DEL COMITÉ LOCAL	1	MES
REGISTRO DEL PROYECTO	5	MES
RECOLECCION DE DATOS	2	MESES
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	1	MES
REDACTAR EL INFORME FINAL	1	MES

11. RESULTADOS

De los 120 estudiados el 55.8 eran mujeres, y el 44.2 hombres, la edad promedio fue de 36 años (25.8%). El estado civil, el 60% casados el 19% solteros, 4.2 % divorciados, 5% unión libre, 6.6 viudo y 5% separados. La escolaridad el 34.2% tiene primaria, secundaria 20.8%, preparatoria 20.8% universidad el 18.3%, sin estudios es el 5.8%. En la ocupación el 33% son empleados, 25% ama de casa, estudiantes el 15.8%, jornalero 11.7% agricultor 5.8% secretario 3.3%, mecánico 3.3%, maestro 1.7%.

Al calificar el nivel de satisfacción del médico: Excelente 24.4%, bueno el 49.4%, regular el 23.5% y malo el 4.4%. La enfermera: Excelente 24.4%, bueno 45%, regular 23.5% y malo 4.6%. El auxiliar de farmacia: Excelente 27.5, bueno 46%, regular 21.6% malo 4.9%.

El tiempo de espera adecuado para la atención médica: Siempre 35.8%, casi siempre 22.8%, a veces 33% y nunca el 8.3%.

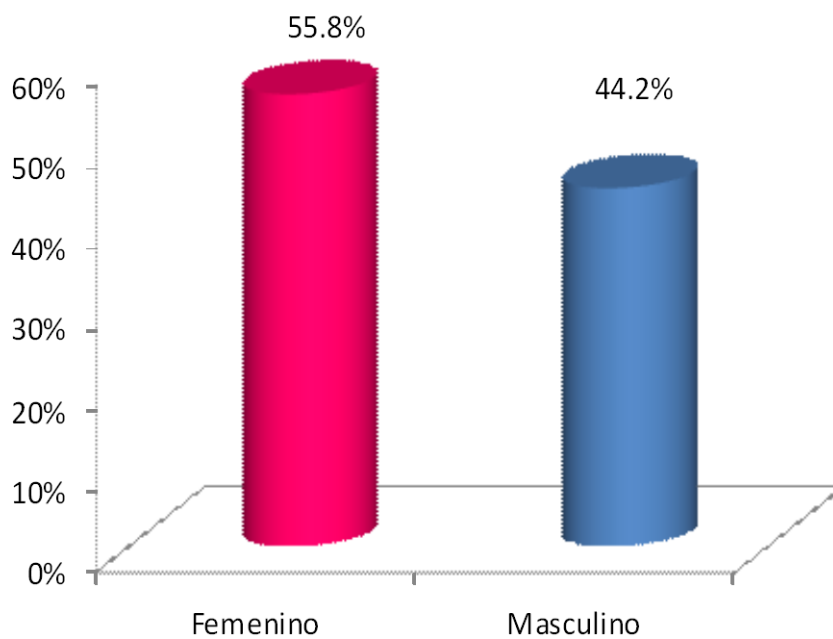
En lo que se refiere si respetaron el horario de su cita el 35.8% respondieron siempre, el 19.2% casi siempre, el 33% a veces y nunca el 11.6%.

En relación al tiempo de espera adecuado para surtir la receta, el 31.6% respondió: siempre, 20.8% casi siempre, 31.7 a veces y 5.8% nunca.

Respecto al surtido de receta completa tal como lo prescribió el médico el 48.3 respondieron siempre, el 20.8 casi siempre, el 21.6% respondió a veces y el 9.2% nunca.

12. GRÁFICAS

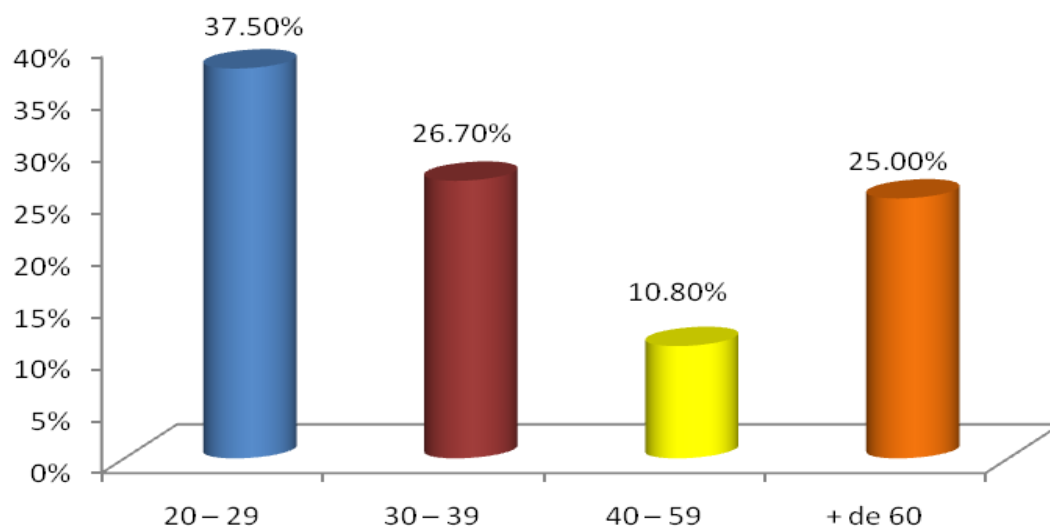
Gráfica N°1. DISTRIBUCIÓN DEL GÉNERO DE PACIENTES DE LA UMF 54, MOCORITO, SINALOA.



Fuente: Encuesta

<u>SEXO</u>	TOTAL	%
Femenino	67	55.84
Masculino	53	44.16
TOTAL	120	100%

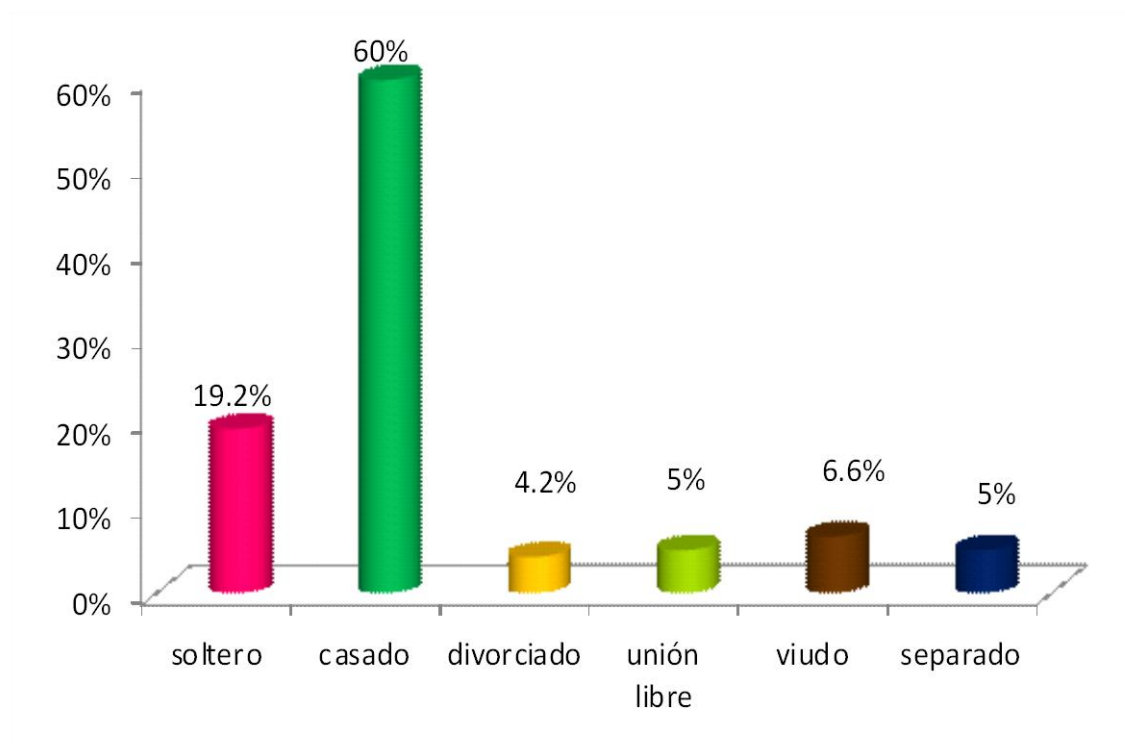
Gráfica No.2. EDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



Fuente: Encuesta

<u>GRUPO DE EDAD</u>	TOTAL	%
20 – 29	45	37.50%
30 – 39	32	26.70%
40 – 59	13	10.80%
+ de 60	30	25.00%
TOTAL	120	100%

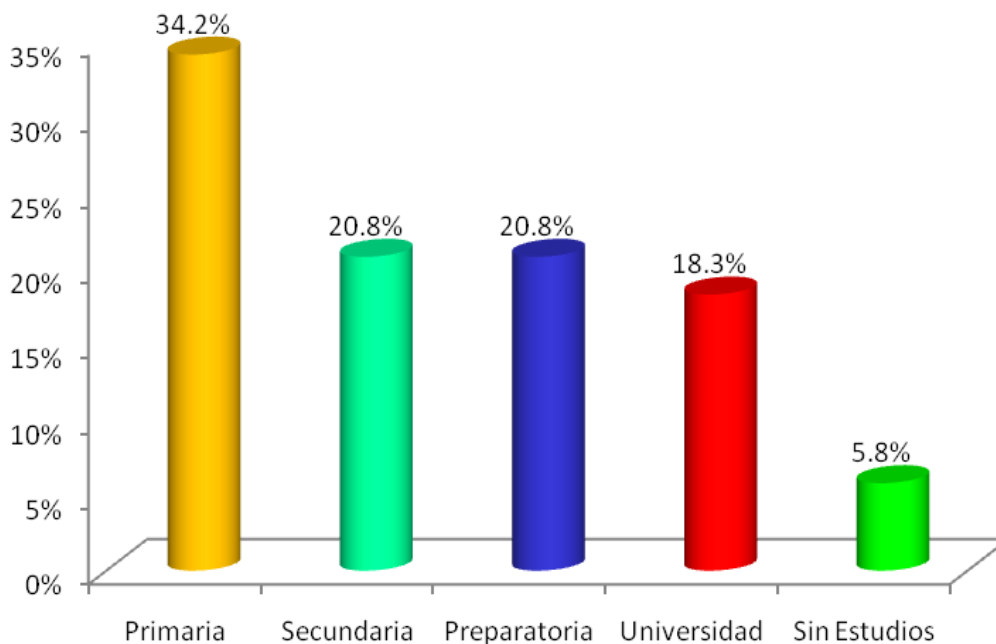
Gráfica No.3. ESTADO CIVIL



Fuente: Encuesta

<u>ESTADO CIVIL</u>	TOTAL	%
Casado	72	60%
Soltero	23	19.1%
Divorciado	5	4.1%
Unión libre	6	5%
Viudo	8	6.6%
Separado	6	5%

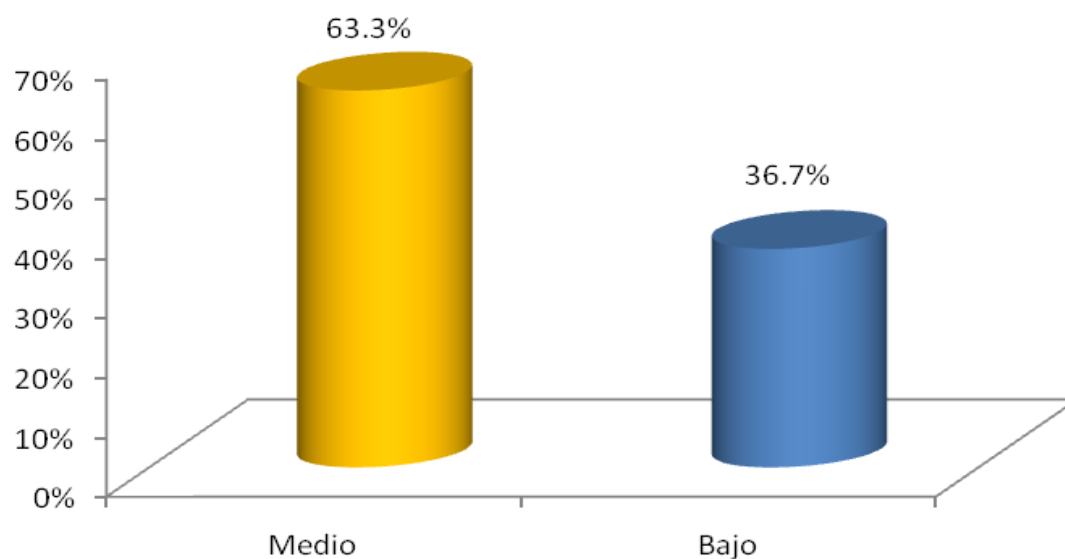
Gráfica No.4. ESCOLARIDAD



Fuente: Encuesta

<u>ESCOLARIDAD</u>	TOTAL	%
Primaria	41	34.26%
Secundaria	25	30.83%
Preparatoria	25	20.83%
Universidad	22	18,33%
Sin estudio	7	5.83%

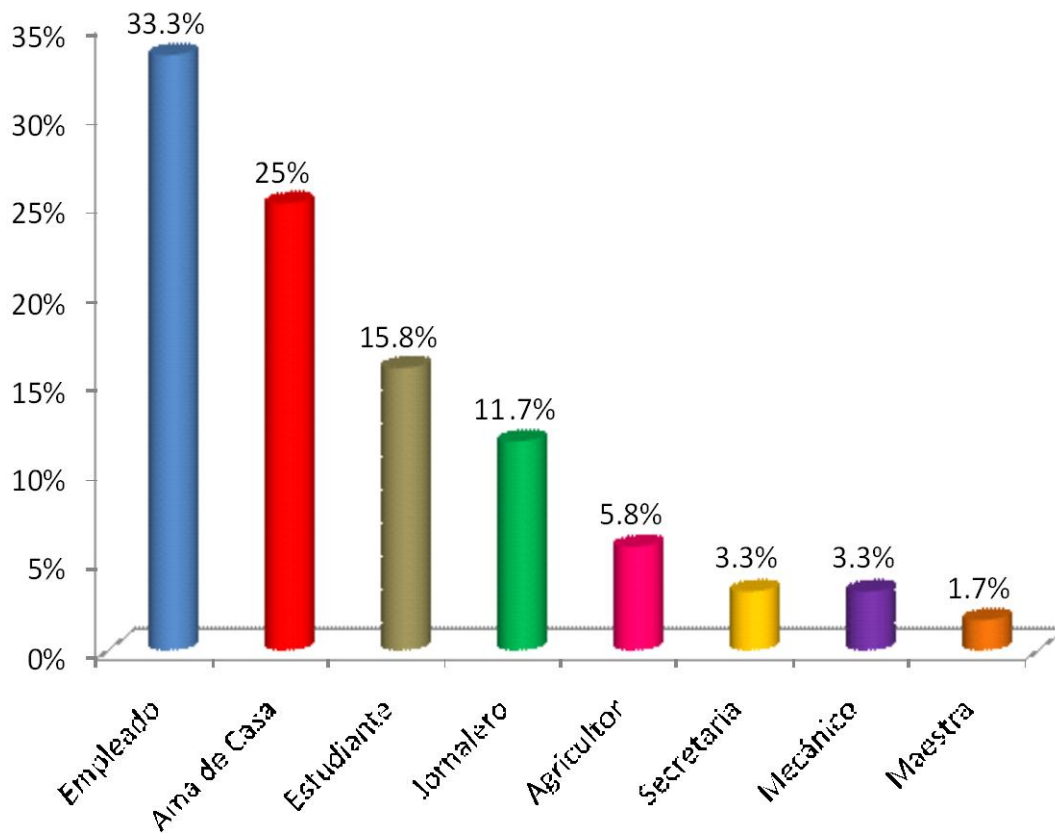
Gráfica No.5. NIVEL SOCIOECONÓMICO



Fuente: Encuesta

<u>NIVEL SOCIOECONÓMICO</u>	TOTAL	%
Medio	76	63.30%
Bajo	44	36.70%
TOTAL	120	100%

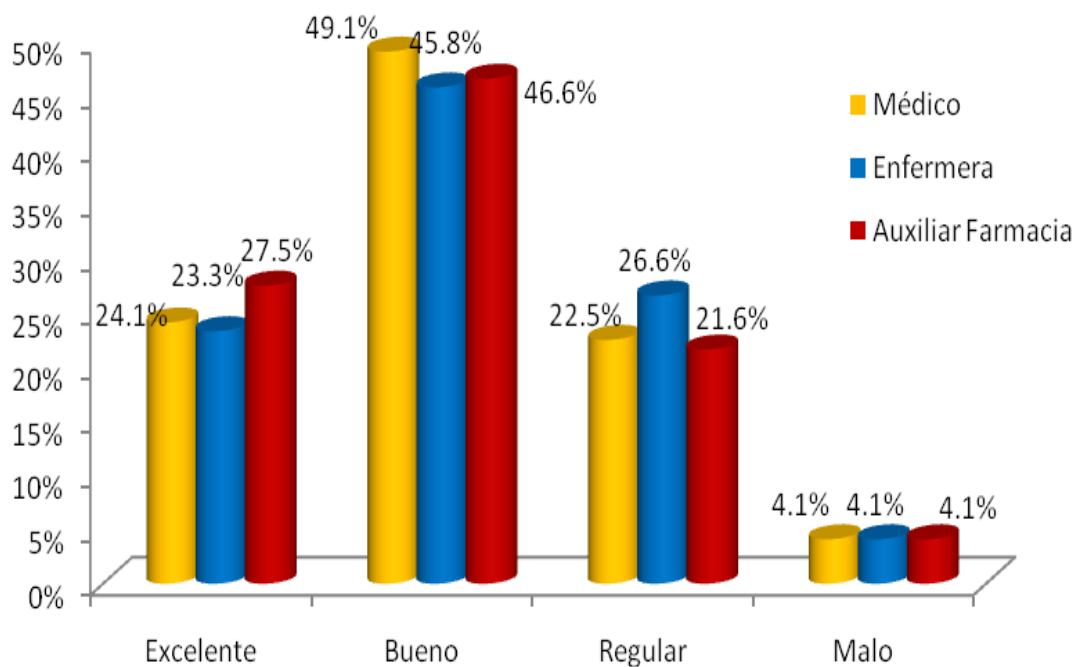
Gráfica No.6. TIPOS DE OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



Fuente: Encuesta

<u>OCUPACIÓN</u>	TOTAL	%
Empleado	40	33.30%
Ama de casa	30	25%
Estudiante	19	15.80%
Jornalero	14	11.70%
Agricultor	7	5.80%
Secretaria	4	3.30%
Mecánico	4	3.30%
Maestra	2	1.70%

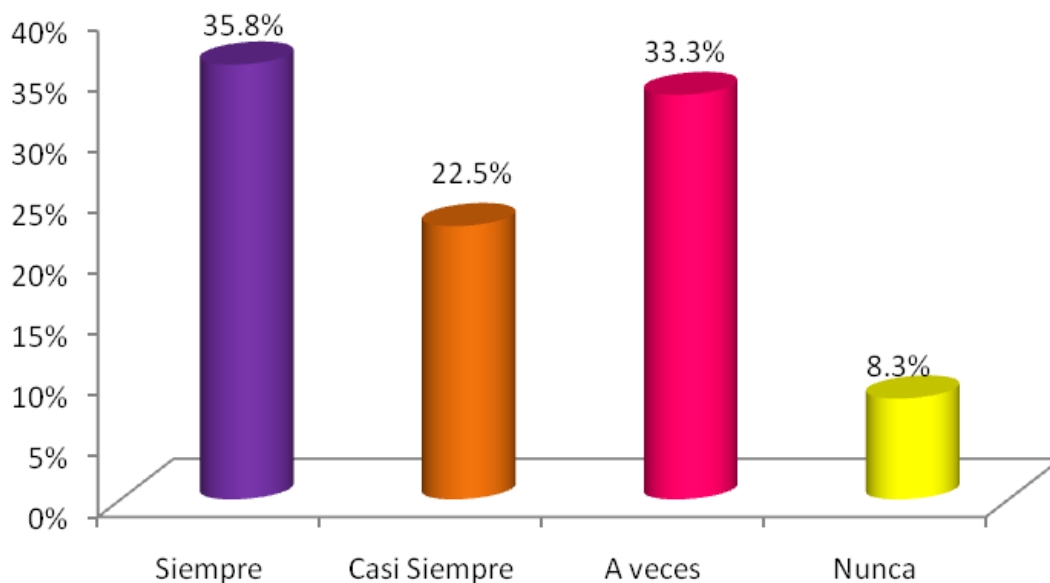
Gráfica No.7. CALIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 54 DE MOCORITO, SINALOA.



Fuente: Encuesta

PERSONAL	EXCELENTE	%	BUENO	%	REGULAR	%	MALO	%
Médico	29	24.1%	59	49.1%	27	22.5%	5	4.1%
Enfermera	28	23.3%	55	45.8%	32	26.6%	5	4.1%
Auxiliar de farmacia	33	27.5%	56	46.6%	26	21.6%	5	4.1%

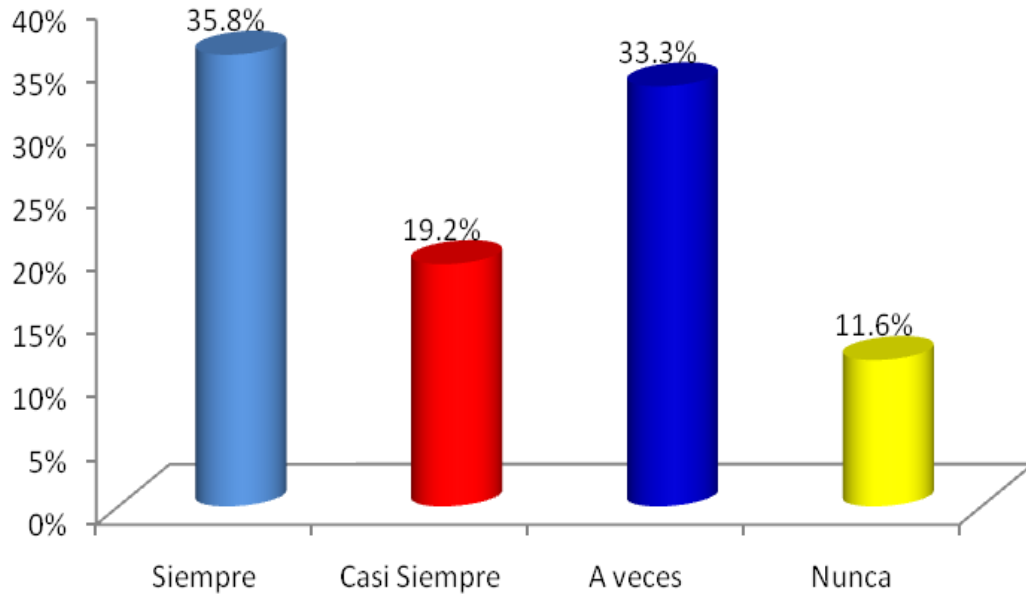
Gráfica No.8. TIEMPO DE ESPERA ADECUADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA



Fuente: Encuesta

EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA FUE ADECUADA	SIEMPRE	%	CASI SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
		43	35.8%	27	22.5%	40	33.3%	10

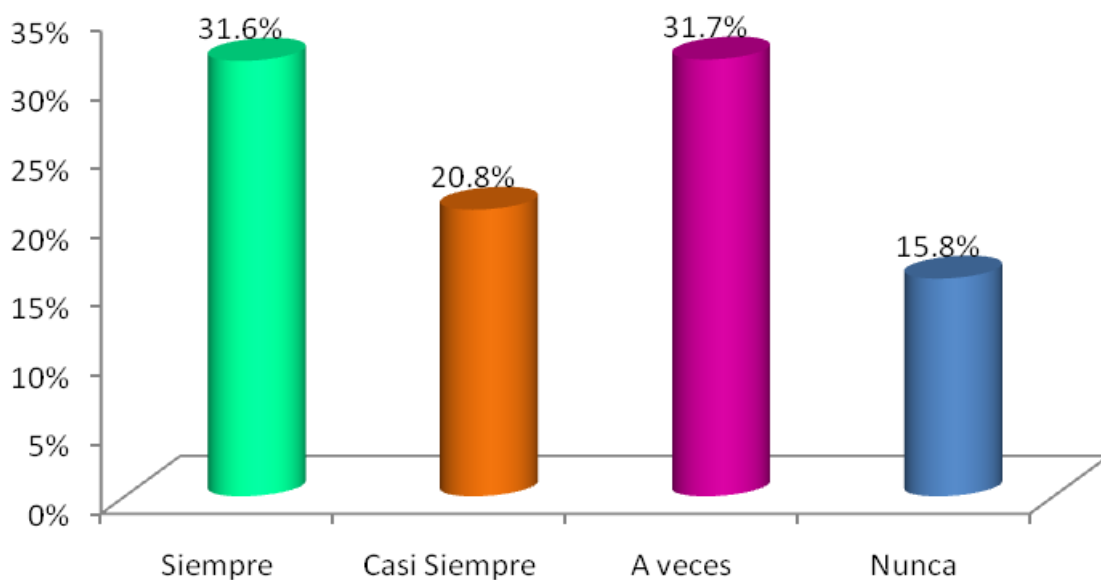
Gráfica No.9. RESPETARON EN EL CONSULTORIO EL HORARIO DE SU CITA.



Fuente: Encuesta

RESPETARON EN EL CONSULTORIO EL HORARIO DE SU CITA	SIEMPRE	%	CASI SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
		43	35.8%	23	19.1%	40	33.3%	14

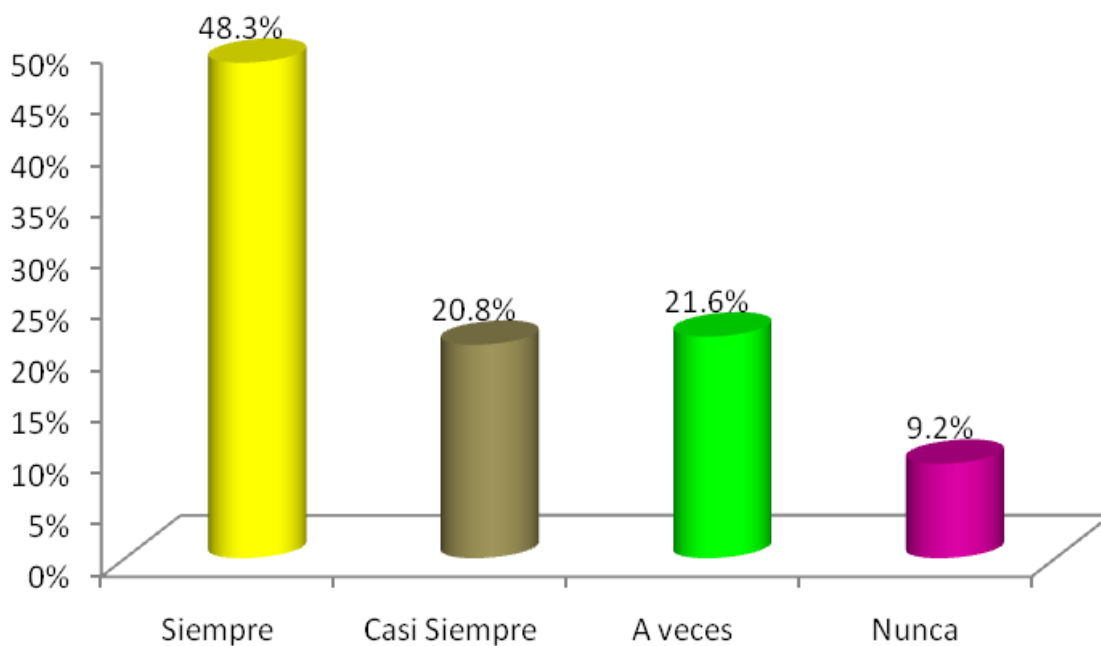
Gráfica No.10. EL TIEMPO DE ESPERA PARA EL SURTIDO DE LA RECETA FUE EL ADECUADO



Fuente: Encuesta

EL TIEMPO DE ESPERA PARA EL SURTIDO DE LA RECETA FUE EL ADECUADO	SIEMPRE	%	CASI SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
		38	31.6%	25	20.8%	38	31.6%	19

Gráfica No.11. EL SURTIDO DE LA RECETA FUE COMPLETO COMO LO PRESCRIBIÓ SU MÉDICO.



Fuente: Encuesta

HAN SURTIDO LA RECETA COMPLETA COMO LA PRESCRIBIÓ EL MÉDICO	SIEMPRE	%	CASI SIEMPRE	%	A VECES	%	NUNCA	%
		58	48.3%	25	20.8%	26	21,6%	11

13. DISCUSIÓN

Las investigaciones realizadas sobre el nivel de satisfacción en el usuario en diversos lugares del mundo muestran algunos resultados similares, en una investigación realizada para medir la calidad de atención y satisfacción en la unidad de Medicina Familiar N°. 91 de Guadalajara la edad promedio que acude a consulta fue de 40.83% a diferencia de esta investigación que fue de 36 años.

En un estudio realizado en Universidad Peruana Cayetano Heredia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza para revisar la relación médico paciente y conocer el nivel de satisfacción general de los pacientes hospitalizados el sexo femenino predomina con un 56%, en coincidencia con otros hallazgos esta investigación con un 55.8% concluyendo es la mujer la que asiste mas frecuentemente a consulta.

En un estudio transversal que se llevó a cabo en las consultas del SMP del Hospital General Universitario de Alicante, el estado civil fue de 60.7%, solteros 27.7% y de manera muy similar en esta investigación, 60% casados y existe una diferencia de los solteros con un 19%.

En la variable de escolaridad también existe un porcentaje discretamente diferente en un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Guadalajara al usuario con cita previa. La escolaridad fue 40% primaria, a

diferencia de este estudio con 34.2%, secundaria 25% contra 20.8 y con preparatoria y mas un 35% y en esta investigación 44.9%. En esta misma investigación la ocupación muestra que el 40% son empleados asalariados marcando una diferencia de esta investigación de un 33%, amas de casa un 39% a diferencia de 25 %.

Uno de los aspectos más relevantes que se analizaron en el presente estudio para evaluar la satisfacción de los usuarios es la atención brindada durante la consulta .En los niveles de satisfacción en el usuario predomina la calificación, "Buena" y "Regular" tanto para el médico, secretaria, enfermera y "Excelente" solamente se evalúa en un 24% .Un estudio realizado en Zurima, Venezuela se obtuvieron los siguientes resultados el grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa de gastroenterología es excelente, la eficiencia de la secretaria obtuvo el mayor puntaje, Como se mencionó en este estudio el usuario que tiene alto nivel de satisfacción con la atención mantiene una actitud positiva en cuanto al apego de su tratamiento y en la transformación de su modo de vida en aras de incrementar su salud, en éste caso serán necesario implementar estrategias para aumentar el porcentaje a " Excelente" .

Respecto al tiempo de espera para la atención médica aceptable o satisfactoria solo el 35.8 respondió "Siempre" considerándolo menos de 30 minutos, en un estudio realizado en el Hospital Integral Ixcaquixtla el 68% esperaron más de 60 minutos para que se les proporcionar atención médica. Desde el punto de vista

del usuario, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra a la unidad de atención y donde influyen los diversos factores del proceso como es el tiempo de espera para atención médica y surtido de receta.

En lo que respecta al respeto por el horario de su cita solamente el 35.8% respondió "Siempre". El usuario tiene el derecho a exigir que los servicios que se le presten para la atención cumplan en el tiempo que fueron señalados.

El surtido de receta completo fue el que obtuvo mejor puntaje. El acceso imparcial al tratamiento, es también un derecho de los usuarios para llevar a cabo su terapia.

14. COMENTARIOS

La satisfacción del usuario representa la evaluación que el hace acerca de la calidad de atención y está determinada por la percepción que el mismo haga de la medida que satisfaga sus expectativas de una atención de buena calidad. Un paciente satisfecho con la atención de salud representa un mayor grado de cumplimiento de las indicaciones del médico. Cabe mencionar que cuando se realizan estudios sobre calidad en salud, se presentan algunas dificultades debido a que son muy amplios los parámetros a medir y los sesgos derivados de la deseabilidad social ,pues los usuarios reportan mayor satisfacción de la experimentada debido a que los comentarios positivos son más aceptables para el investigador y de la tendencia a congraciarse (cuando los pacientes utilizan las encuestas para ganarse la aceptación del grupo de salud), pero es muy importante realizarlas porque sirve de estrategia para identificar los obstáculos y oportunidades que existen para mejorar la atención de la practica clínica, mejor cumplimiento de las citas, tratamientos y recomendaciones médicas, factores que son de vital importancia ,sobre todo para usuarios con enfermedades crónicas quienes por su discapacidad y complicaciones requieren supervisión médica durante largos períodos.

Finalmente considero importante mencionar que es necesario reforzar en los médicos la habilidad de la comunicación, el ejercicio de autonomía en los usuarios, la valoración de la perspectiva acerca de la calidad de atención y tomar en cuenta siempre sus aspectos psico-emocionales.

15. SUGERENCIAS

1. Orientar a todos los prestadores de servicios de salud la importancia de recortar los tiempos de espera durante los contactos en la unidad para elevar el nivel de satisfacción del usuario.
2. Coordinar adecuadamente el tiempo para la atención de los usuarios con cita previa.
3. Orientar e informar al público lo que constituye una atención apropiada sustentada en valores, derechos, deberes de los prestadores de servicio.
4. Promover la educación a los usuarios sobre los derechos que tienen de recibir una atención adecuada, integral con calidad y calidez de parte todos los prestadores de los servicios de salud.
5. Que el usuario elabore una queja anónima en el buzón dirigido a las autoridades con el fin de informar cuando por alguna circunstancia no recibieran una atención que les proporcione un alto grado de satisfacción por los servicios brindados, detallando los posibles motivos de insatisfacción que percibieron durante el tiempo de estancia en la unidad.

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Citados en Sahneyn VK, Dutkewich JI, Schramm WR Quality improvement process: the foundation for excellence in health care. *J Soc Health Syst.* 1989 May, 1 (1) : 17-29.
2. Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984, analysis of quality 1984.
3. Roldan P. Vargas CR y Colaboradores Evaluación de la calidad en la atención en salud .*Colombia Médica* Vol. 32 No. 1, 2000.
4. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación científica No.534. Organización Panamericana de la salud 1994.
5. Galan M. Malagon L., Ponton I. Auditoría en salud. .Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1997.
6. Ruiz, M. Martínez G, Calvo J, Aguirre H, Arango, R., et., al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 156-169.
7. Parasuman A, Zeithaml V Berry L. A Conceptual model of service quality ; a comparative assessment based of psychometric and diagnostic criteria .*J Mark* 1994;70:201-230.
8. Mirra JJ, Vitaller J Aranaz J, Herrero JF, Buil JA .La satisfacción del paciente Conceptos y aspectos metodológicos. *Revista de psicología de la*

salud 1992; 4:89-116

9. Gerson, Richard. Como medir la satisfacción del cliente: mantengan la lealtad.
10. Icas, Rojas Zil, "Opinión de usuarios sobre los servicios de salud, 2,001. Pág12
11. Wayne, Daniel. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 1,988, ed
12. Limusa, Pág. 154 – 160.
13. González Menéndez, Ricardo. La etapa contemporánea de la relación médico paciente .Rev. Cubana Salud Pública ,abr-jun.2004 vol30 no.2,poo ISSN 00864-3466.
14. Jiménez, Paneque Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual .Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30 (1) p00 ISSN0864 -3466
15. León Solteras LA Peralta Rojas JA La calidad de los servicios de salud. La Habana: MINSAP, 1995; 1-5
16. Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: como empezar. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General 1992:123-9.
17. Llambias, J. Los desafíos inconclusos de la salud y las reflexiones para el futuro o un mundo globalizado. Rev. Cubana Salud Pub. 2003; 29 (3). 236-45.
18. Organización Panamericana de la salud /Organización Mundial de la salud 44 consejo directivo. 55a. Sesión del Comité Regional CD44.66 .Atención

Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros (serie de internet) (citada 27 de enero 2005) disponible en URL:http://www.paho.org/spanish/DDP/PIN/aps_resolución.htm.

19. Ortega, C, Suárez M. Manual de evaluación de servicio de calidad de enfermería. Estrategias para su aplicación. México, D.F. Editorial Medica Panamericana; 2006.
20. Wayne, Daniel .Base para el análisis de las ciencias de la salud, 1988, ed LIMUSA, Pág. 154-160.
21. Piura, Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. Managua 2,000 Ed. 4ta, pág,123-143.
22. Bronfman, NM, López S, Magis C, Moreno A. Rustein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública Mex 2003; 45: 445-454.
23. Palmer, R Connorton M. Individual and Institutional variables Wich may serve as indicators of quality of medical care. Med Care 1979; XVII : 693-715.
24. Linder, Pelz S. Socialnpsychological determinans of patient satisfaction: a test of five hiphoteses Soc Sci Med 1982 583—589.
25. Zastowny, T. Roghmann K, Cafferata G. Patient satisfaction and the use of health services explorations in causality .Med Care 1989; 27:705-723.
26. Hill J, Bird H.Hopkins R Lawton C. Wright V.Survey of satisfaction with

- care in a rheumatology outpatient clinic. *Ann Rheum Dis* 1992 ;51:195-197
27. Sole T, Lipsky P. satisfaction of patients attending an arthritis clinic a county teaching hospital. *Arthritis care res* 1997; 10 (3) :169-176.
 28. Peck, M. Asch D, Goold S, Rotter D., Ubel P. McIntyre L, Abbot K., Hoff J., Koropachak C.,Tulsky J. Measuring patient expectations. *Med Care* 2001; 39:100-108.
 29. Streiner D. Norman G. Health measurement scales. Third edition. Gran Britain. Oxford University Press; 2003.
 30. Sitzia J., Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts .*Soc Sci Med* 1997, 45 (12) 1829-1843.
 31. Wood S., Tarar, M. Outcome audit in plastic surgery: the Cambridge classification .*Br J Plast Surg* 1994; 47: 122-126.
 32. Mckinley R., Stevenson K. Adamss, Manku Scott T. Meeting patient expectations of care: the major determinator of satisfaction with-out of hours primery medical care? *Fam Pract* 2002 19 (4) :333-338.
 33. Atkinson S. Antropology in research on the quality of health services.*Cad Saude pública* 1993; 9 (3): 283-299.
 34. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27(6):637-
 35. Deming We. A qualidades e a consumidor. En: *Qualidades: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro. Editora Marques Saravia SA. 1990.
 36. Cuevas - Uriostegui MI. Relación entre médico y paciente en la consulta

37. Maguirre P., Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 325 (7366): 697-700
38. Hernández- García, A. González-Torga, C. Villanueva-Ruiz, P. García-Shimizu, A.C. Martín-Ruiz y M. Arnau-Santos.
39. *Rev Med Hered* 2003; 14: 175-180).Tsuchida Fernández Marisa Beatriz, Bandres Sánchez María Pilar, Guevara Linares Ximena.
40. <http://www.gerenciasalud.com/art489.htm>
41. Universidad Nacional Autónoma de Nicaraguahttp://minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf
42. http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2000_n16/satisfaccion.htm sistema de citas y el tiempo de espera en los consultorios.
43. Francis V. Gaps in doctor-patient communication: Patient's response to medical advice. *N Engl J Med* 1969; 280:535-540.1.-3.
44. Rocca ED. *Etica y Praxis Médica*. Diagnóstico 1995; 34: 26
45. Guzmán A., Ramos Córdova L., Castañeda Sánchez O., Del Castillo Sánchez A., Gómez Alcalá A., "Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar", *Rev. Med. IMSS* 2006; 44 (1), pág. 39-45.
46. Rajput V., Bekes C. Ethical issues in hospital medicine. *Med Clin North Am* 2002; 86(4):869-86.
47. Rosselot E. El derecho a una atención médica de buena calidad. *Rev Méd Chile* 2000; 128:1385
48. Feldman D., Novack D, Gracely E. Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine.

- Arch Intern Med 1998; 158:1626-32.
49. Burbinski B, Naser M. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. Arch argent Pediatr 1999; 97(11):43-46.
 50. Matthews D, Feinstein A. A review of systems for the personal aspects of patient care. Am J Med Sci 1988; 295(3):159-71.
 51. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship.(The patient-physician relationship). JAMA 1996; 275:887-91.
 52. Arredondo la Planeación estratégica. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1996.
 53. <http://www.saludinteligente.com/MundoSanitas/Actividades+Cientificas/Premio+Nacional+de+Medicina/Articulos+Premiados/Edicion+5+-+Relacion+medico-paciente>.
 54. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nurs Res 1975 January-February; 24(1):45-52.
 55. <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001352>
 56. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/8EE8CD99-A34C-48B7-A956-C063F6B82B57/0/satisfaccion.pdf>

17. ANEXOS

ENCUESTA PARA MEDIR EL NIVEL DE SATISFACCION DEL USUARIO QUE DEMANDA EL SERVICIO DE SALUD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 54 DE MOCORITO, SINALOA.

Con el fin de evaluar el servicio que presta, la Unidad Médica Familiar # 54 de Mocorito, Sinaloa, a los usuarios que demandan sus servicios de salud, y con el propósito de mejorar el desempeño de sus trabajadores, solicitamos responda las siguientes preguntas. Favor de señalar con una cruz la alternativa que mejor refleje la percepción de Usted como usuario en este Unidad de Salud.

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del encuestador: _____ Fecha:

Sexo: ___Fem ___Masc Edad:_____

Estado civil: ___Casado ___Union libre ___Viudo(a)
 ___Divorciado(a) ___Separado(a) ___Soltero(a)

Escolaridad (años de estudio): _____ Ocupación:

Nivel Socio-económico_____

II. Características de la consulta otorgada por el personal de salud

	Excelente	Bueno	Regular	Malo
1. ¿Cómo calificaría el nivel de satisfacción? de: a) Médico b) Enfermera c) Secretaria d) Otro _____ —				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
2. ¿El tiempo de espera para la atención médica fue adecuada				
3. ¿Respetan en el consultorio el horario de su cita?				
4. El tiempo de espera para el surtido de la receta fue el adecuado?				

De antemano agradecemos su valiosa participación.