



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32
VILLA COAPA

**“SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE USUARIO DE LOS
SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32
DE PACHUCA, EDO. DE HIDALGO”.**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

PRESENTA:

DR. MARIO RANULFO RAMÍREZ NAVARRETE.

ASESOR DE TESIS: DR. OSCAR CAMPOS ROBLES.

MÉXICO, D.F. 2014



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.

ASESOR DE TESIS:

DR. OSCAR CAMPOS ROBLES
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN:

DR. AUGUSTO JAVIER CASTRO BUCIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACION EN SALUD, HGZ 32 "VILLA COAPA"

DRA. LILIA ARACELI AGUILAR ACEVEDO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA DEL TRABAJO HGZ 32 "VILLA COAPA"

Agradecimientos:

A mi familia por estar siempre conmigo
en la buenas, las malas y en las peores.

Al Dr. Oscar Campos Robles
por sus enseñanzas e incondicional apoyo
a lo largo de la residencia y
en la elaboración de esta tesis.

A mi querido Instituto Mexicano del Seguro Social
pues de ti he recibido 3 cosas muy importantes:
Salud, Educación y Trabajo.

A mis amigos Xuchitl,
Anelisse, Lalo e Irene,
con ustedes como camaradas
la residencia fue aún mejor.

Al Dr. Oscar Delgadillo
Ex – Coordinador Delegacional de Medicina del Trabajo del Estado de Hidalgo
por las facilidades brindadas para llevar a cabo
la presente tesis en la
Unidad de Medicina Familiar No. 32 de Pachuca, Hidalgo.

Índice

| | |
|----------------------------------|----|
| Marco Teórico..... | 9 |
| Justificación..... | 22 |
| Planteamiento del Problema..... | 23 |
| Objetivo General..... | 23 |
| Objetivos Específicos..... | 23 |
| Tipo de Estudio..... | 24 |
| Población..... | 24 |
| Criterios de Selección..... | 24 |
| a) Criterios de inclusión..... | 24 |
| b) Criterios de exclusión..... | 24 |
| c) Criterios de eliminación..... | 24 |
| Metodología..... | 25 |
| Resultados | 26 |
| Discusión..... | 33 |
| Conclusiones..... | 35 |
| Propuestas..... | 36 |
| Bibliografía..... | 37 |

“SATISFACCIÓN DEL DERECHOHABIENTE USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 32 DE PACHUCA, EDO. DE HIDALGO”.

Marco Teórico

La evaluación de la calidad de los cuidados de la salud se ha vuelto una preocupación mayor para los proveedores de servicios de salud en las recientes décadas. Uno de los objetivos en los que esta basada la Calidad de los Servicios de Salud es el otorgar trato digno y atención médica efectiva, ética, y segura como elementos que definen la calidad. La inclinación natural, es entonces, asumir tales variaciones que impliquen las clasificaciones jerárquicas: que las medidas reflejan la calidad y que las variaciones en las medidas reflejan las variaciones en la calidad.¹

En los últimos años, el concepto de satisfacción ha recibido una creciente atención en medicina, sobre todo después de la enorme expansión que está teniendo la valoración de los resultados distintos de los exclusivamente clínicos.² Este concepto es definido como la interpretación de los usuarios acerca de la calidad de su interacción con los proveedores de la atención a la salud, y es considerado un indicador del funcionamiento de las instituciones.³

Los conceptos de calidad y satisfacción se encuentran en el centro del debate de las investigaciones de los servicios de salud. La faceta más interesante que afrontan hoy los investigadores es la interacción entre la calidad, la satisfacción y el valor.¹

El papel que desempeñan los pacientes en los sistemas sanitarios es cada vez más relevante, y llega a considerarse como eje y principal motor de los servicios de salud. La satisfacción de estos aparece como uno de los indicadores con los que medir la efectividad de la gestión sanitaria y, además, se considera como el principal indicador de la calidad asistencial⁴. 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. 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.^{1,2}

La abundante literatura de los últimos años sobre el tema de la calidad puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo. Sin embargo, desde sus orígenes el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas, sociales, etc. El espíritu de superación, unido a la satisfacción que reporta, conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y a perfeccionar lo que previamente ya establecido.^{1,3}

Los esfuerzos por evaluar la calidad datan desde Antes de Cristo (A. C.) en China e India donde existieron estándares que determinan quien puede practicar la medicina. En Europa a partir de 1140, surgieron esfuerzos en Italia para licenciar a todos los médicos.¹

En este sentido los estudios que evalúan la calidad inician en USA el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American Collage of Súrgenos (Colegio Estadounidense de Cirujanos) reunió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por el Joint Comission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones de Prestación de Salud).^{1,5}

En la actualidad, es ya una practica 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 usuarios⁵. Desde 1918 el American College of Surgeons contaba ya con un programa de estándares para evaluar la calidad de la atención médica. En 1951, teniendo como marco un acuerdo con el American College of Physicians, American Hospital Association y American Medical Association, crearon la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse.⁶

Philip B. Crosby inició con Trabajos relacionados con la calidad en 1952 en una escuela

médica. En 1979 fundó *Philip Crosby Associates* (PCA), en 1997 estableció Philip Crosby Associates II, actualmente es uno de las principales institutos de Calidad, para el proceso de mejora de la calidad.^{1,5,6}

En el coloquio sobre Medicina Social efectuado en Panamá del 13 al 15 de 1966, se presentó el trabajo “La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de seguridad social” por el doctor Fernando González Montesinos; en dicha ponencia, se hizo énfasis en la trascendencia del procedimiento para garantizar y promover una atención médica de calidad. En esta reunión se propuso la creación de un grupo de trabajo encargado de definir las normas básicas de calidad.¹

En nuestro país, en 1956, en el recientemente inaugurado Hospital de La Raza, un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que se estaba otorgando la atención a los pacientes, iniciaron un programa de revisión de expedientes clínicos. Sus trabajos dieron origen en 1962 a la edición del documento “Auditoría Médica”, que con base en la revisión protocolizada del expediente clínico permitía emitir un juicio sobre la calidad con que se otorgaba la atención, el cual fue reeditado en 1964, con políticas similares en cuanto a evaluación.⁵

En 1972 la Auditoría médica evolucionó a Evaluación Médica, editándose por la Subdirección General Médica del IMSS un fascículo de “Instrucciones para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico”, que posteriormente fue adoptado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).¹

A partir de 1974 González Montesinos Et. Al., iniciaron un número importante de publicaciones, relacionadas con la evaluación médica, en aspectos como: la autocrítica del médico como instrumento para mejorar la calidad de la atención; la autoevaluación de los casos de defunción que fueron sujetos de autopsia, con objeto de aprender con base en probables deficiencias médico – administrativas en la atención; evaluación de la continuidad de la atención en los traslados interinidades de pacientes, evaluación de la calidad de la atención de enfermería a través de la revisión de sus registros; la evaluación de la eficiencia de in médico con base a su productividad y sus posibles repercusiones en calidad y la publicación de los resultados obtenidos en la evaluación de 26 000 expedientes por el Departamento de Evaluación médica de la Subdirección General Médica del IMSS.^{5,7}

Como podrá notarse en la referencias antes mencionadas, el enfoque fundamental es con base en la revisión del expediente clínico, ya se plantean otros aspectos que aún no se llegaron a evaluar como: las condiciones de dotación y funcionamiento del equipo médico, la importancia de la relación médico – paciente y el reconocimiento de los aciertos del personal en el desempeño de sus actividades.

Hasta 1983, la evaluación de la calidad médica se había centrado en la información contenida en el expediente clínico, por lo que la Jefatura de Centros Médicos del IMSS desarrollo el Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas, que incluye siete capítulos de evaluación: recursos físicos, personal, material de consumo, organización, proceso de la atención, sus resultados y la satisfacción de usuarios y prestadores de servicios, todo ello dentro de un marco de trato social y humanitario. También se consideró necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes: conforme a la satisfacción de las expectativas del paciente, de la institución y del trabajador mismo, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios, ya que como se sabe los recursos no son ilimitados y sus costos son cada vez mayores. Este Sistema ha sido aplicado con éxito en las unidades médicas de tercer nivel de atención del IMSS en diferentes periodos: 1983-1985, 1991-1994 y en 2003-2006 en forma de auto evaluación.^{5,7,8}

En México se han desarrollado trabajos que evalúan la calidad de la atención en función de la satisfacción que el cliente interno (Prestador de los servicios de Salud: Médico, Paramédicos, etc.), tiene en relación a su papel laboral de tal manera que la calidad de las funciones que

desempeña el personal de salud y su productividad tienen que ver con los modelos de atención a la salud y a su apego a normas y estándares de atención.¹

Los métodos usados para valorar el nivel de satisfacción están siendo integrados en las estrategias de mejora de calidad asistencial.^{2,3}

Es importante mencionar que desde finales de la década de los 80's y hasta la actualidad se ha hablado de "mercadotecnia de la salud"; por sí misma y de acuerdo a la AMA (American Marketing Association) la mercadotecnia es "el proceso de planeación, ejecución y conceptualización de precios, premiación y distribución de ideas, mercancías y técnicas para crear intercambios que satisfagan objetivos individuales y organizacionales". Este nuevo rol de la mercadotecnia la convierte en un elemento clave que encierra un gran valor como instrumento de cambio organizacional para el cumplimiento cabal de los objetivos sanitarios. Los usos de la Mercadotecnia Sanitaria pueden ser externos o internos a la empresa de salud. En el ámbito externo permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrae recursos y personas hacia la institución, y regula el nivel de demanda, estimulándola o revitalizándola. A nivel interno, se aplica para hacer uso de los recursos existentes, en el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud y, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando la mejoría en los aspectos humanos o interpersonales de la calidad. La mercadotecnia interna debe entenderse como un "atrayente o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos – trabajos destinados a satisfacer sus necesidades. Desde esta perspectiva, los servicios de salud pública pasan a ser "productos", la población o pacientes se convierten en "clientes" y/o consumidores y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en vendedores. La contribución más importante de la mercadotecnia en salud ha sido la orientación hacia las necesidades del usuario, ya que ofrece la posibilidad de llegar al grupo más grande de gente posible con el menor costo y con el programa más eficaz y satisfactorio para los usuarios (clientes), siempre que sus ejecutores hayan entendido bien las necesidades de salud de una determinada población.⁹

Pero ¿qué tiene que ver la calidad asistencial con la mercadotecnia en salud? La mercadotecnia es una poderosa herramienta en la orientación de los servicios de salud: en su uso interno ayuda a la sensibilización de los empleados con la problemática social de los empleados y sin duda colabora al logro de una filosofía de calidad y compromiso con ella. También ayuda al conocimiento de las necesidades sanitarias de la población a través de investigaciones de mercado, y a la reorientación de los servicios para satisfacer determinadas necesidades. Por tanto la Mercadotecnia en salud o sanitaria, tiene dos acepciones: por un lado tiene un aspecto social al ser una especialidad dentro del "Marketing" dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria así como la satisfacción de los pacientes. Por otro lado parte una función administrativa al ser entendida como un proceso responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los usuarios de forma adecuada y provechosa.

Como herramienta de gestión la mercadotecnia habrá de detectar las necesidades de salud no satisfechas buscando con servicios pertinentes. Para ello no sólo se tendrán en cuenta las necesidades biológicas sino que también las psicológicas y sociales. Una redefinición del concepto de mercadotecnia convoca a satisfacer las necesidades del mercado – meta (población objetivo) en formas que mejoren la sociedad como un todo, al mismo tiempo que se satisfacen los objetivos de una determinada organización. En las instituciones de salud pública se ha hecho uso de la mercadotecnia social en la promoción de programas y servicios específicos.^{9, 10}

La palabra calidad tiene en sí varios significados de acuerdo a Oakland calidad es "la atención a las exigencias del cliente". Para Deming, "la calidad debe tener como objetivo las necesidades del usuario, presentes y futuras". Para Juran, representa la "adecuación a la finalidad o al uso". Para Feigenbaum la calidad es "lo total de las características de un producto o servicio referentes a marketing, ingeniería, manufactura y mantenimiento, por las cuales el producto o servicio, atenderá las expectativas del cliente. Para Buzell y Gale la calidad "es lo que dicen los clientes que es, y la calidad de un producto o servicio determinado es lo que el

cliente percibe que es". Lo que los clientes reciben de sus interacciones con la organización, es sin duda importante para ellos y para su evaluación de la calidad. Al hablar de la interacción entre proveedores y usuarios (prestadores y prestarios) o encuentros de servicio, tiene un efecto fundamental en la percepción del servicio. En esencia los conceptos antes mencionados hablan de la figura del cliente. El cliente es aquel individuo que utiliza un bien o servicio y sobre el cual tiene determinadas expectativas al momento de utilizarlo.^{11,12,13}

Por lo anterior se puede decir que la Calidad de la Atención en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Sin embargo esta definición no incluye a los demás prestadores de servicios que influyen también en la atención del paciente, así como en su percepción en la calidad de los servicios de atención, tales como las asistentes médicas, personal de intendencia, vigilantes, etc.¹⁴

La calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes: conforme a la satisfacción de las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajador mismo.^{12,14}

Para Donabedian la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de la atención. Calidad integral se refiere a los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, al profesionalismo o competencia de los prestadores de servicios y a la tecnología disponible para ello; la calidad percibida es valorada fundamentalmente por los usuarios y es determinada por condicionantes de la satisfacción del usuario como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, información, continuidad, tiempo de espera y confortabilidad.^{3, 6, 14}

Otro concepto importante mencionar es el de el "servicio al cliente", el cual según Malcom Peel "aquella actividad que relaciona la empresa con el cliente, a fin de que éste quede satisfecho con dicha actividad" para el Francés Gaither Inches que dice: "El servicio al cliente, es una gama de actividades que en conjunto, originan una relación". Como podrá notarse, ambos conceptos se centran en un conjunto de actividades, las cuales tienen por objetivo atribuir a la satisfacción de las necesidades del cliente.¹⁴

La satisfacción en salud se refiere a la complacencia del usuario en función de sus expectativas por el servicio recibido, y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. La satisfacción es una medida importante de resultado del proceso asistencial, además es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios.^{13, 14}

El acto médico institucional no debe separarse del contexto total de atención, ya que incluye, además del clínico, el dominio socio organizativo para romper el paradigma en el cual se considera a la calidad como implícita por el simple hecho de ser médico o enfermera, o de contar con hospitales o consultorios; o en el que se equipara la cantidad con la calidad: a mayor cantidad de servicios, mayor calidad. Por el contrario, se adquieren acciones sistematizadas y planificadas que implican que la organización y los proveedores de los servicios obtengan resultados satisfactorios de acuerdo con el nivel de conocimientos profesionales vigentes en ese momento y se sientan orgullosos de su trabajo.^{12, 14, 15}

La opinión de los pacientes es un resultado que aporta información sobre el grado en que éstos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas. Precisamente estas expectativas tienen peculiaridades según el lugar donde se presta la asistencia. Por ejemplo, en los servicios de urgencias se produce un contacto breve, con gran carga de ansiedad y difícil seguimiento posterior, además, supone una actividad muy importante en los centros hospitalarios, así como la primera línea de contacto de muchos usuarios con el sistema hospitalario y la puerta de entrada al mismo.^{14, 16}

Las evaluaciones de la atención técnica también pueden variar debido a que los pueblos que la

reciben varían en general de tres maneras:

- 1) en sus características biológicas,
- 2) en su comportamiento y
- 3) en sus preferencias.

Con respecto a sus características biológicas, se incluyen diferencias en riesgo y susceptibilidad, así como en reacción a terapia. Estas diferencias deben tomarse en cuenta al realizar estudios de calidad en instituciones de salud así como al diseñar las estrategias de atención más efectivas y eficientes, ya sea en el diagnóstico o en el tratamiento; sin embargo su influencia no se da de la misma manera que en los servicios de salud en el trabajo.¹⁷

A veces, las diferencias en el comportamiento de los pacientes durante la atención de su salud surgen de las diferencias en valores, cultura, conocimiento y situación. A su vez, estas diferencias deben influir en la elección entre las estrategias de atención disponibles. Por ejemplo, hay que considerar si el paciente se presta a una observación prolongada, si llegará a las citas y si se someterá realmente a un régimen de atención, ya que todo eso ayudará a determinar si las investigaciones deben iniciarse inmediatamente o si pueden posponerse, si los medicamentos se darán oralmente o se inyectarán, y si la intervención elegida será el tratamiento quirúrgico o médico.^{14,17}

Debemos recordar que los pacientes y los proveedores son socios en la producción de la atención. No basta calificar lo que el proveedor hace o se propone hacer. También es importante juzgar lo que el paciente es propenso a hacer o a no hacer cuando se le recomienda un tratamiento, y lo que realmente hace posteriormente.^{1,17}

Diferencias en preferencias, la tercera manera en que los pacientes suelen variar entre sí, alteran el significado de calidad del modo más fundamental. Después de todo, es lo que los pacientes valoran lo que determina cuáles objetivos y logros de la atención vale la pena alcanzar. Las diferencias en preferencia surgen en parte de valores culturalmente determinados. El apego a la vida, miedo a la muerte, aceptación del riesgo, aceptación de la incapacidad y el valor del futuro en relación con el presente, son todas diferencias que probablemente están determinadas culturalmente, por lo menos en parte. Otras diferencias en preferencias reflejan lo que es funcional o útil en una sociedad dada, según el estilo de vida dominante, los papeles sociales y las ocupaciones. Los resultados que son funcionales para los trabajadores urbanos pueden ser inadecuados para trabajadores rurales o para una población de nómadas.^{5,12,17}

Por otro lado el estudio de la satisfacción se ha convertido en un instrumento de valor creciente en la investigación en servicios sanitarios. En México se han aplicado algunas encuestas cuyos resultados varían de 76 a 88 % de satisfacción, y en donde se ha encontrado que los factores que la afectan están relacionados con la oportunidad, la relación médico-paciente, el trato humano y la calidad de la información, entre otros.^{14,17}

Un estudio de Thomas y cols., demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, es por eso que uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de la calidad de los servicios de salud consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los usuarios.^{1, 18, 19}

Hall y Dornan refieren que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de los servicios salud, el tiempo de espera y variables de tipo sociodemográficas como edad y sexo entre otras.^{1, 7, 17}

Los métodos de medición más generalizados utilizan encuestas como medio para analizar el grado de satisfacción, y la opinión respecto de su estado actual.^{6, 11}

Algunos instrumentos de medida de la satisfacción fueron desarrollados por Blendon, quien

para 10 países trató de establecer una medida de la satisfacción partiendo de un cuestionario en el que constaban un número de preguntas estandarizadas y consensuadas para, a partir del mismo, esclarecer la opinión de la población hacia la calidad de los servicios de salud.^{1, 10}

Es importante para entender la escuela europea, diferenciar entre la **calidad de técnica y funcional**, Grönroos propone que el contenido de lo evaluado en la calidad de los servicios, se puede componer básicamente de las siguientes dimensiones **La calidad técnica o resultado del proceso de prestación del servicio, es lo que los clientes reciben, que se ofrece en el servicio**. La calidad del producto ofrecido, tiene mayor criterio objetivo, por lo tanto menor dificultad de evaluación por los clientes. **La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso**, (calidad de prestación del servicio) experiencia del cliente con el proceso de producción y consumo, se refiere a la forma de como se presta el servicio. Está relacionada directamente con la interacción del cliente con el personal de servicio, es la relación médico-paciente y acciones de revisión y diagnóstico.^{17, 20}

La literatura tradicional mantiene que la satisfacción está relacionada con el tamaño y las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio. Por otro lado, la definición más aceptada de calidad del servicio se basa en el concepto de calidad percibida, que considera al cliente como el único juez de la calidad, que permite emitir opiniones relacionadas en su satisfacción.¹⁷

El debate se centra en, si la calidad es un antecedente de la satisfacción o viceversa. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad.¹

En un principio la calidad se asociaba con las secciones de inspección y control, donde a través de un análisis estadístico se trataba de determinar si la producción cumplía con los estándares de calidad previamente establecidos.^{1, 14}

El marco conceptual de Bruce incluye seis elementos de calidad de atención en la prestación de servicios: selección de métodos, información proporcionada al cliente, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos para motivar la continuidad y Una constelación apropiada de servicios que concluyan con la satisfacción del usuario.

Históricamente, para los profesionales de la salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo. Para los elaboradores de políticas y los financiadores, entre los elementos clave con respecto a la calidad figuran el costo, la eficacia y los resultados para las poblaciones en su totalidad.^{6, 12, 14, 21}

Una de las formas más habituales de participación de los usuarios en la evaluación de un servicio sanitario se consigue mediante el desarrollo de instrumentos de acopio de información, como las encuestas de satisfacción. Éstas permiten que los usuarios valoren tanto el servicio recibido como muchos de sus componentes o características concretas. Los datos obtenidos se pueden analizar y sistematizar, identificando los elementos mejor y peor valorados por los usuarios, lo cual es de gran utilidad para la evaluación de la política pública sanitaria y de los servicios que, a través de ella, se ponen en marcha. De esta manera, se pueden introducir mejoras en la gestión de forma que se ofrezca un servicio que sea y se perciba de mayor calidad, lo que abundará, sin lugar a dudas, en el incremento de la satisfacción de los pacientes y, por ende, en el mejoramiento de los servicios sanitarios y la salud pública.

Sin embargo, cabe señalar, que en la mayoría de los estudios enfocados a evaluar la satisfacción de los usuarios, de manera consistente se han encontrado altas tasas de satisfacción. 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, 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.

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.

La calidad también puede verse desde las siguientes perspectivas:

1. Perspectiva técnica

Que consiste en que el prestador de servicios de salud debe contar con los conocimientos y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades con el usuario, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, no necesariamente paciente, con un mínimo de riesgos.

2. Perspectiva interpersonal

Interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios. Involucra una actitud de atención e interés por servir por parte de éste, pero además el respeto y la cordialidad mutua que deben enmarcar la relación.

Otros aspectos a tener en cuenta son:

Las comodidades: Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio ; incluye las condiciones físicas y de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.

Disponibilidad y oferta de insumos: La calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente.

Información al cliente (paciente) Calidad es responder a la necesidad del cliente. El primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo. Es mejor dar una información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud.

Capacidad técnica del prestador de servicios: abarca los conocimiento prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud. También incluye la existencia de normas, protocolos y asepsia para prestar estos servicios. La falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones y/o complicaciones. Obviamente estos riesgos pueden con llevar al temor y a disminuir la afluencia de la población usuaria.

Relaciones interpersonales con el cliente: Este elemento se verifica a la dimensión personal del servicio. Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud. Por todas las personas que interactúen con él. En todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar.

Mecanismo de seguimiento al cliente: Se refiere a que los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al servicio de salud.

Otros principio que intervienen en la calidad de la atención médica y que es importante definir son los siguientes:

- Atención oportuna: es decir otorgar la atención médica en el momento que el paciente lo requiera, conforme a los conocimientos médicos vigentes mediante la disponibilidad de personal de salud capacitado, a partir de un proceso de actualización permanente, en congruencia con las normas que los expertos en el área operativa han emitido y mantenido actualizadas.
- Principios éticos vigentes: incluyen “primero, no hacer daño”, equidad en el otorgamiento de los servicios ofreciendo a cada paciente la atención que su padecimiento requiere; humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional, ofreciendo el máximo beneficio con menor exposición posible al riesgo durante su atención y con el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos, así como su participación en proyectos de investigación, y respeto a los principios morales y religiosos.
- Satisfacción de las necesidades de salud: lleva implícito el logro de la atención a partir del establecimiento de un diagnóstico, un programa de estudio, tratamiento y pronóstico. En este contexto el objetivo de la atención médica puede ser: curación, control, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, apoyo moral al paciente y sus familiares y una muerte digna conforme a principios legales, morales y religiosos, en congruencia al problema de salud que se trate.
- A nivel de salud pública: la satisfacción de las necesidades de salud implica la mejoría en el nivel de salud de la población, disminución de la morbilidad, mortalidad, secuelas, complicaciones y discapacidades e incremento del tiempo y calidad de vida de los individuos.
- Expectativas del usuario: incluye la accesibilidad de los servicios, oportunidad para la atención, amabilidad en el trato, proceso de la atención realizado sin obstáculos, suficiente personal de salud, debidamente capacitado, disponibilidad de equipo, material y medicamentos que se requieran; solución del problema de salud que motivó la atención en congruencia con el objetivo a lograr, información suficiente y oportuna acerca del programa de estudio y tratamiento, de los resultados y del pronóstico, comodidad durante el proceso de atención, incluyendo la climatización, control del ruido, iluminación adecuada, ausencia de malos olores y de fauna nociva.
- Expectativas del prestador de servicios: se refiere a la disponibilidad de recursos necesarios para la realización del trabajo, reconocimiento por parte de sus superiores, remuneración congruente con las características del desempeño, seguridad en el trabajo, oportunidades de superación y facilidades para la capacitación.
- Expectativas de la institución: corresponden a la calidad en la atención médica en función del cumplimiento de las normas vigentes emitidas por la propia institución, equidad en el acceso a la atención que requieren los usuarios, independientemente del problema de salud del paciente; oportunidad para la atención en cuanto al tiempo de espera y diferimientos, mejoría del nivel de salud de la población, costo – beneficio aceptable en la prestación de los servicios con base a una administración racional de los recursos; productividad adecuada y ausencia de quejas y demandas.

Evaluación de la atención de la calidad médica

Es el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, de los logros alcanzados y los de problemas que es necesario resolver.

Para entender mejor lo anterior es importante analizar los siguientes conceptos:

- Análisis metodológico: el proceso de evaluación debe estar sustentado en un procedimiento formal, objetivo, sistemático y procesal, previamente establecido con conocimiento del mismo por parte de los evaluadores y de los evaluados.
- La determinación de condiciones estructurales incluye instalaciones, equipo, instrumenta y mobiliario. En cuanto a su suficiencia y estado funcional implica el suministro de insumos con oportunidad, suficiencia y control de calidad, y la dotación de personal conforme a plantillas autorizadas, cobertura y capacitación.
- Características del proceso: incluyen la oportunidad en su otorgamiento, su congruencia con las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes, y el uso correcto de la tecnología disponible.
- Resultados esperados: se refieren al logro del objetivo de la atención en materia de salud, con eficiencia y efectividad, que permitan satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institucionales. De acuerdo al problema de salud que se presente incluye lo siguiente: curación cuando sea factible; control de la enfermedad cuando no sea curable; mejoría del paciente cuando sus condiciones no permitan ni curar ni controlar la enfermedad; paliación cuando la enfermedad haya rebasado las opciones de ofrecer mejoría. Por último ofrecer una muerte digna cuando no sea posible todo lo anterior. Dentro de los resultados esperados también se debe incluir la satisfacción de las expectativas de los usuarios por los servicios que les fueron otorgados, de los prestadores de servicios con el trabajo realizado y de la institución por la calidad y eficiencia con la que se otorgó la atención.^{1, 9, 22}

Mejoramiento continuo de la atención médica

Conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal, con el propósito de incrementar la calidad y eficiencia en la prestación de atención médica. Para que las estrategias dirigidas a incrementar la calidad y eficiencia en la prestación de la atención médica sean efectivas, es necesario que se apliquen en forma constante, en congruencia con una metodología preestablecida y conforme al desarrollo sistemático de los procesos que las componen.

Cuando se habla de calidad de la atención médica no puede dejarse de lado el concepto de calidad total. Este término lleva implícita la calidad en la estructura, proceso, resultados y en cada uno de sus componentes, así como el compromiso y la participación de todos los involucrados en la atención médica: directivos, personal operativo, proveedores, personal de apoyo, etc. Es un modelo que requiere de un cambio cultural de quienes se comprometan a alcanzarlo, situación a largo plazo con riesgo de desánimo para quienes esperen resultados en el corto plazo. Por otra parte puede decirse que la calidad total no existe, ya que la calidad siempre podrá ser mejorada.

Sistema de información comparativa de referencia (benchmarking)

Es el mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia en el desarrollo de los procesos, mediante la comparación con otros procesos semejantes y la aplicación al proceso que se desea mejorar de aquellos procedimientos que hubieran mostrado mejores resultados en calidad y eficiencia.

Evaluación y seguimiento

Como parte integrante del proceso de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención médica, es necesario dar continuidad al procedimiento mediante el seguimiento de los avances logrados y la solución de problemas identificados y la reingeniería de procesos, en cuanto a calidad, eficiencia y efectividad. Cuando a través de las evaluaciones periódicas se identifiquen obstáculos para el avance de los procesos o para la solución de los problemas, estos obstáculos pasarán a integrarse al registro de nuevos problemas y por tanto a la secuencia de procedimientos dirigidos a su solución.

Retroinformación del sistema

Aquellos casos en que las modificaciones incorporadas a los procesos debe informarse a nivel normativo proponiendo la modificación y actualización de normas vigentes, con el propósito de incorporar las mejoras a todo el sistema.

Acreditación o certificación

Es el aval que se otorga a una institución o servicio de salud que cumple con los estándares mínimos vigentes de calidad en su estructura, en el proceso y en los resultados, que permite garantizar una atención médica de calidad. ^{1,9}

Otros estudios se han enfocado a buscar las causas de insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud, por ejemplo en España Maderuelo, señaló en 1995 como motivos de insatisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario las listas de espera, la lentitud en la realización de pruebas diagnósticas, la masificación de las consultas, la escasa coordinación entre niveles, la deficiente infraestructura sanitaria en el ámbito rural, la ineficacia para resolver las reclamaciones de los pacientes, la carencias de especialistas en algunos centros y la insuficiente información sobre los servicios que ofertaba el sistema sanitario público. ^{4,6}

Como antes se mencionó la gran mayoría de los estudios de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud está enfocado principalmente a la atención médica, especialmente al área de urgencias, lo cual es de utilidad conocer ya que gran parte de los trabajadores que sufren un riesgo de trabajo tienen su atención inicial en el servicio de urgencias (también puede ser en el servicio de Medicina Familiar), sin embargo, de acuerdo al Manual de Procedimiento para la Dictaminación y Prevención de los Accidentes de Trabajo²³ esto es solo la primera parte de su proceso de atención, ya que para llegar a la calificación de un riesgo de trabajo interviene una gran variedad de personal que solo por nombrar a algunos estos son:

1. Médico de Urgencias o de Medicina Familiar: quien da la atención médica inicial.
2. Médico Tratante: en caso de que el usuario haya requerido de ser hospitalizado o de alguna otra situación que requiera de la atención médica especializada.
3. Auxiliar Universal de Oficinas de Salud en el Trabajo (AUO): Encargado de la programación y registro de citas, revisión de documentos, clasificación de expedientes, recepción y envíos de documentos por correo certificado dentro del los servicios de salud en el trabajo.
4. Médico Operativo del Servicio de Salud en el Trabajo: realiza las acciones necesarias con las áreas médicas asistenciales y técnico-administrativas institucionales, con el objetivo de calificar y dictaminar con oportunidad y calidad los probables accidentes de trabajo así como también deberá participar activamente para que todos los trabajadores afiliados al IMSS, que presenten un probable accidente de trabajo sean diagnosticados, informados, tratados, calificados y en su caso valuados, con calidad y oportunidad de acuerdo a la normatividad vigente.
5. Coordinador Auxiliar de Seguridad en el Trabajo: responsable de evaluar las actividades de investigación y prevención de los accidentes de trabajo.
6. Coordinador Clínico Zonal y Jefe de la División de Salud en el Trabajo: quienes son responsables de difundir y asesorar a los médicos operativos en el cumplimiento del manual Procedimiento para la Dictaminación y Prevención de los Accidentes de Trabajo dentro del ámbito de su competencia.

Para comprender mejor de que manera intervienen cada uno de los integrantes de personal de salud en el trabajo arriba mencionado, a continuación se muestra un resumen del Procedimiento para la Dictaminación Accidentes de Trabajo:

Etapas I: Atención inicial de probable accidente de trabajo

1. *Asistente Médica del Servicio de Urgencias o de Medicina Familiar:*
Recibe al asegurado que manifiesta haber sufrido un accidente de trabajo, solicita "Cartilla de salud y citas médicas" e "Identificación oficial" con fotografía y registra sus datos en la "Agenda de citas" y devuelve la Cartilla e Identificación. Posteriormente la

Asistente Médica requisita en original y tres copias el anverso del “Aviso de atención médica inicial y calificación de probable accidente de trabajo ST-7” (Formato ST - 7) y la turna al médico tratante del servicio de urgencias o medicina familiar.

2. *Médico Tratante.*

Recibe de la Asistente Médica del Servicio de Urgencias o de Medicina Familiar, el formato ST - 7, en original y tres copias. Recibe al asegurado, le proporciona la atención médica inicial y requisita el formato ST - 7. Solicita, en caso necesario, estudios urgentes de laboratorio y/o gabinete y valoración del paciente por otra especialidad. Determina si el asegurado requiere de hospitalización o puede continuar su atención en su unidad médica de adscripción.

En caso de requerir hospitalización: Realiza las actividades del Procedimiento para la atención médica de paciente en los servicios de urgencias de las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención ó del Procedimiento para otorgar atención en la consulta de medicina familiar.

En caso de no requerir hospitalización: el médico Determina si requiere el paciente de medicamentos o en su caso días de incapacidad. Si no necesita de días de incapacidad el paciente es dado de alta en el sitio de su primera atención. En caso de requerir medicamentos, estos se le entregan en el lugar de la primera atención médica y en caso de requerir días de incapacidad se le otorga un certificado de incapacidad temporal para el trabajo así como también el formato ST – 7 debidamente requisitado y firmado.

El médico indica al paciente que acuda a la empresa donde labora y entregue una de las copias de formato ST -7 y solicite al patrón que lo requisiite dentro de un plazo máximo de 72 horas posteriores a la atención médica otorgada y conserve la otra copia. Y que posteriormente se presente en el Servicio de Salud en el Trabajo de su unidad médica de adscripción, para que se califique el probable accidente de trabajo, lo anterior independientemente de que el patrón haya requisitado o no la copia del Formato ST – 7.

3. Auxiliar Universal de Oficinas de Salud en el Trabajo (AUO).

Posteriormente el trabajador acude al Servicio de Salud en el Trabajo en donde entrega al AUO • “Cartilla de salud y citas médicas”, “Identificación oficial” del asegurado con fotografía, una copia, “Formato ST-7” o en su caso “Dictamen de alta por riesgo de trabajo ST-2” o bien “Carta aclaratoria” requisitada por la empresa.

Luego de lo anterior el AUO verifica la agenda de citas manual o electrónica e identifica si es posible otorgar consulta para calificación del probable accidente de trabajo ese día. En caso de que no se pueda otorgar cita para ese mismo día el AUO informa al asegurado que no es posible otorgar la consulta para calificación del probable accidente de trabajo ese día y otorga cita para su atención (la cual debe ser proporcionada dentro de los tres días hábiles siguientes).

En caso de que sí sea posible otorgar la consulta el AUO Indica al asegurado que espere para que pase a consulta para la calificación del probable accidente de trabajo y avisa al Médico del Servicio de Salud en el Trabajo. En tanto el asegurado espera recibir la atención por parte del médico del Servicio de Salud en el Trabajo el AUO solicita al Área de Afiliación Vigencia verificación de vigencia de derechos en: formato ST-7, e impresión de SINDO consulta numérica de patrones y SINDO consulta numérica de asegurados; también elabora y envía elabora y envía al Área de Prestaciones Económicas original y copia de la “Relación” con los nombres y número de seguridad social de los asegurados citados en el Servicio de Salud en el Trabajo, con la que solicita los originales del “Certificado de incapacidad temporal para el trabajo”, inicial. Posteriormente Integra el “Expediente de Salud en el Trabajo” de los asegurados citados, al Médico del Servicio de Salud en el Trabajo.

4. Médico del Servicio de Salud en el Trabajo.

Recibe el “Expediente de Salud en el Trabajo”, analiza el caso y determina si se requiere solicitar “Carta aclaratoria” al patrón por existir inconsistencias en el llenado del

Formato ST – 7. En caso de requerirla el asegurado debe traerla en un periodo no mayor de 3 días hábiles y que pase con el AUO de ST para que le otorgue cita. En caso de no requerir carta aclaratoria, el médico del Servicio de Salud en el Trabajo otorga la primera atención médica subsecuente, luego de ello, Registra en la “Nota médica” de Salud en el Trabajo, los diagnósticos nosológico, etiológico y anatomo-funcional y la conclusión médico legal, motiva y fundamenta en todos los casos (aceptados y negados) la calificación de acuerdo a la LFT y la LSS vigentes. Emite en presencia del asegurado, familiar, representante o beneficiario, en original y tres copias el dictamen de “Sí” o “No” de Trabajo en el Formato ST - 7 requisitado por la empresa y autoriza con firma autógrafa en todos los tantos. Entrega al asegurado, familiar, representante o beneficiario una copia del Formato ST - 7 con la calificación, solicitando que firme de recibido en la copia del “Expediente de Salud en el Trabajo”. Comunica al asegurado el resultado de la calificación y de no estar de acuerdo, le informa el derecho a interponer el recurso de inconformidad ante el H. Consejo Consultivo Delegacional.

El Médico del Servicio de Salud en el Trabajo también puede Determinar si requiere medicamentos o en su caso días de incapacidad y estudios de laboratorio, gabinete e interconsulta(s) a otra(s) especialidad(es). Solicita en su caso, estudios de laboratorio y/o gabinete y valoración del paciente por otra especialidad mediante la “Solicitud de interconsulta 4-30-200”.

En caso de requerir medicamentos, días de incapacidad Prescribe los medicamentos que requiera el asegurado en la “Receta individual”, y en el “Certificado de incapacidad temporal para el trabajo” el número de días amparados por accidente de trabajo de haber sido calificado como “Sí de Trabajo” y anota el número de días probables para su recuperación.

En caso de no requerir medicamentos, días de incapacidad o interconsultas con otras especialidades el médico del Servicio de Salud en el Trabajo da de alta al asegurado mediante el “Dictamen de alta por riesgo de trabajo ST-2”, en original y tres copias o en la pantalla “ST-2” en SIMF y obtiene cuatro impresiones, Entrega al asegurado una copia del “Dictamen de alta por riesgo de trabajo ST-2”; el médico Conserva en el “Expediente de Salud en el Trabajo” el original del “Dictamen de alta por riesgo de trabajo ST-2” y finalmente Captura textualmente en el SIMF en la opción de ST-1, la información requisitada por la empresa en el Formato ST-7 y captura la calificación emitida.

También el Médico del Servicio de Salud en el Trabajo debe Identifica a los asegurados que de acuerdo con la valoración requieran rehabilitación para su reincorporación laboral y elabora el formato de Referencia-contrarreferencia 4-30-8/2000 al servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Orienta al asegurado, familiar, representante o beneficiario para que acuda con Médico Familiar para continuar con su atención médica y entrega el “Expediente de Salud en el Trabajo” al AUO de Salud en el Trabajo.

3. Auxiliar Universal de Oficinas de Salud en el Trabajo (AUO).

Recibe del Médico del Servicio de Salud en el Trabajo el “Expediente de Salud en el Trabajo” prepara “Memorándum” interno y envía al Control de Prestaciones de la Unidad Médica. Posteriormente se archiva el “expediente de Salud en el Trabajo”²³

Como puede verse en el Procedimiento para la Dictaminación Accidentes de Trabajo la intervención de cada uno de estos servidores influye (además de otros factores) en la percepción que tienen los usuarios con respecto a la calidad de los servicios de salud en el trabajo.

En 2001 González Castillo Et. Al. Realizaron un estudio de Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el trabajo del IMSS en la delegación 2 del IMSS en el que encuestaron a

600 trabajadores en el que se tomaron en cuenta datos sociodemográficos, expectativas del trabajador, tiempo de espera considerado como óptimo para recibir la atención por parte del médico en salud en el trabajo y calificación del servicio recibido de esta población estudiada el 51% se mostró satisfecha con la atención recibida en los servicios de salud en el trabajo, sin embargo el 49% se manifestó insatisfecho. Siendo este el único estudio de satisfacción en usuarios del servicio de salud en el trabajo encontrado.¹⁵

Conforme a lo anterior, se ratifica que el acto médico no debe separarse del contexto total de atención, ya que incluye, además del clínico, el dominio social, administrativo e institucional para romper con el paradigma en el cual se considera a la calidad como implícita por el simple hecho de ser médico, o de contar con hospitales o consultorios; o en el que se equipara la cantidad con la calidad: a mayor cantidad de servicios, mayor calidad. Por el contrario, se adquieren acciones sistematizadas y planificadas que implican que la organización y los proveedores de los servicios obtengan resultados satisfactorios de acuerdo con el nivel de conocimientos profesionales vigentes en ese momento y se sientan orgullosos de su trabajo, por lo que los estudios de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el trabajo se identifican como una herramienta útil para conocer la imagen que tienen los usuarios de los centros de salud y si sirven de punto de partida para mejorar su calidad, lo que puede revertir en un aumento de la satisfacción de los usuarios.

Justificación

Existe en la literatura numerosas publicaciones acerca de la calidad de la atención médica y hospitalaria enfocada en conocer el grado de satisfacción en los usuarios de este tipo de servicios, sin embargo en el área de la atención brindada por parte de los servicios de salud en el trabajo casi no existen estudios de este tipo. El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, 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. 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 de tal forma, la satisfacción del usuario se consolida como una forma de evaluar la calidad de la atención médica.

Conocer el nivel de satisfacción de los asegurados usuarios de los servicios de salud en el trabajo es un buen indicador de la calidad de estos.

Planteamiento del Problema

¿Cuál es el grado de satisfacción que tienen los usuarios de los servicios de salud en el trabajo de la Unidad de Medicina Familiar Número 32 de Pachuca, Edo. de Hidalgo.?

Objetivo General

Identificar el grado de satisfacción manifestado por los usuarios de los servicios de salud en el trabajo en la Unidad de Medicina Familiar Número 32 de Pachuca, Edo. de Hidalgo.

Objetivos Específicos

Identificar si los usuarios consideran que reciben la orientación adecuada para llevar a cabo los trámites necesarios para la calificación de riesgo de trabajo o de trayecto en el servicio de salud en el trabajo.

Conocer la calificación subjetiva con que los usuarios evalúan los servicios de salud en el trabajo.

Identificar las características sociodemográficas de los usuarios de los servicios de salud en el trabajo de la Unidad de Medicina Familiar Número 32 de Pachuca, Edo. de Hidalgo tales como edad, sexo, puesto de trabajo y escolaridad.

Tipo de Estudio

Observacional, transversal y descriptivo.

Población

Trabajadores asegurados en la rama de riesgos de trabajo que hagan uso de los servicios de salud en el trabajo de la Unidad de Medicina Familiar Número 32 de Pachuca, Edo. de Hidalgo. que hayan sufrido una accidente de trabajo o de trayecto y que acudan para la calificación del mismo.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

Asegurados usuarios de los servicios de salud en el trabajo de la Unidad de Medicina Familiar Número 32 de Pachuca, Edo. de Hidalgo. que hayan sufrido una accidente de trabajo o de trayecto y que acudan para la calificación del mismo.

Criterios de Exclusión

Trabajadores asegurados que acudan por dictaminación de enfermedad de trabajo

Trabajadores asegurados que acudan por dictaminación de un estado de invalidez.

Familiares de Trabajadores asegurados que acudan en representación del mismo a los servicios de salud en el trabajo.

Familiares beneficiarios que acudan al servicio de salud en el trabajo por fallecimiento del trabajador en accidente de trabajo.

Criterios de Eliminación

Aquellos trabajadores asegurados que rechacen contestar el cuestionario.

Aquellos trabajadores asegurados que no completen el cuestionario.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo en el cual se incluyó a los trabajadores usuarios de los Servicios de Salud en el Trabajo de la UMF 32 de Pachuca, Hidalgo que acudieron en el mes de agosto de 2011, que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron contestar la encuesta aplicada. La encuesta se dividió en dos partes, en la primera de ellas se obtuvieron datos de edad, sexo, escolaridad, puesto de trabajo y tipo de riesgo calificado; en la segunda parte está integrada por 7 preguntas de 3 opciones cada una, en las cuales se buscó obtener datos relacionados a la calidad del servicio brindado por el personal del Servicio de Salud en el trabajo y se dio un puntaje a cada opción respondida obteniéndose la siguiente escala:

- a) 7 – 11 puntos: mala calidad
- B) 12 - 16 puntos: regular calidad
- C) 17 – 21 puntos: buena calidad

La entrevista se llevó a cabo en forma directa con el trabajador, previo consentimiento verbal solicitado por el encuestador. El análisis estadístico se llevó a cabo con ayuda del programa de Excel, con el cual se ayudó a identificar en qué parte del proceso de atención hay una mayor satisfacción del servicio por parte de los trabajadores asegurados. Luego de ello se dio una calificación global de la calidad de todo el servicio de Salud en el Trabajo.

Para el cálculo de la muestra se hace uso de la fórmula para obtener muestra con una confiabilidad del 95 por ciento y una precisión o error del 5 por ciento.

| Cálculo de muestra | |
|--------------------|------|
| z | 1.78 |
| p | 0.5 |
| q | 0.5 |
| e | 10 |
| Error | 0.1 |

N= 75 asegurados a entrevistar

Resultados

En total se realizaron 76 cuestionarios a lo largo del mes de agosto de 2011 entre los derechohabientes que acudieron la UMF 32 de Pachuca Hidalgo, cumpliendo todos ellos con los criterios de inclusión antes mencionados. De estos 37% (n=28) correspondieron a accidentes de trayecto y 63% (n=48) a accidentes de trabajo (gráfico 1).

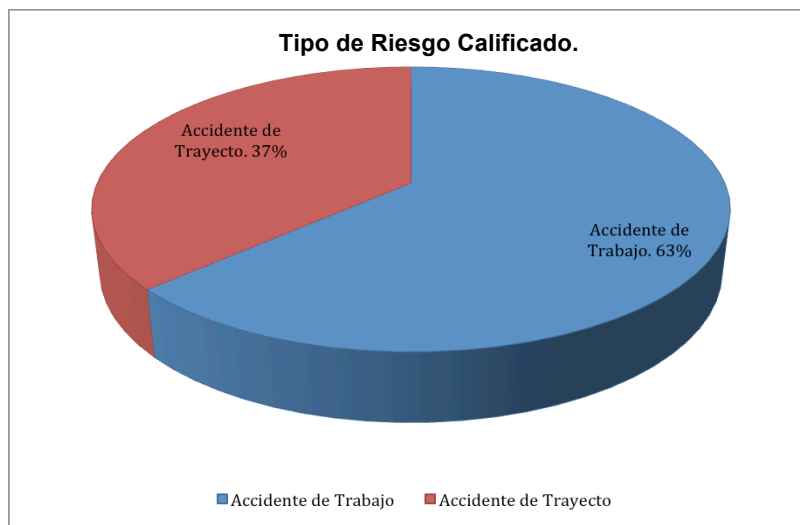


Gráfico 1.

De los 76 cuestionarios aplicados, el 42% (n= 32) fue contestado por mujeres y el 58% (n= 44) por hombres, lo cual habla del papel dominante del sexo masculino en el mercado laboral entre la población estudiada (Gráfico 2). El puesto de trabajo más común fue el de vendedor 13.15% (n= 10), en segundo lugar el de obreros 10.52% (n= 8) y en tercer lugar el de costurera 7.89% (n= 6).



Gráfico 2.

De los 48 accidentes calificados como riesgo de trabajo el 35% (n= 17) correspondieron al sexo femenino y 65% (n= 31) al masculino, probablemente porque el género masculino suele realizar labores con mayor exigencia física o por el uso de materiales y/o métodos generalmente más peligrosos (gráfico 3).



Gráfico 3.

De los 28 accidentes calificados como riesgo de trayecto el 54% (n= 15) ocurrió entre mujeres mientras que el 46% (n= 13), se dio en hombres. Llama la atención el predominio de accidentes de trayecto en mujeres, aunque este no es significativo (gráfico 4).

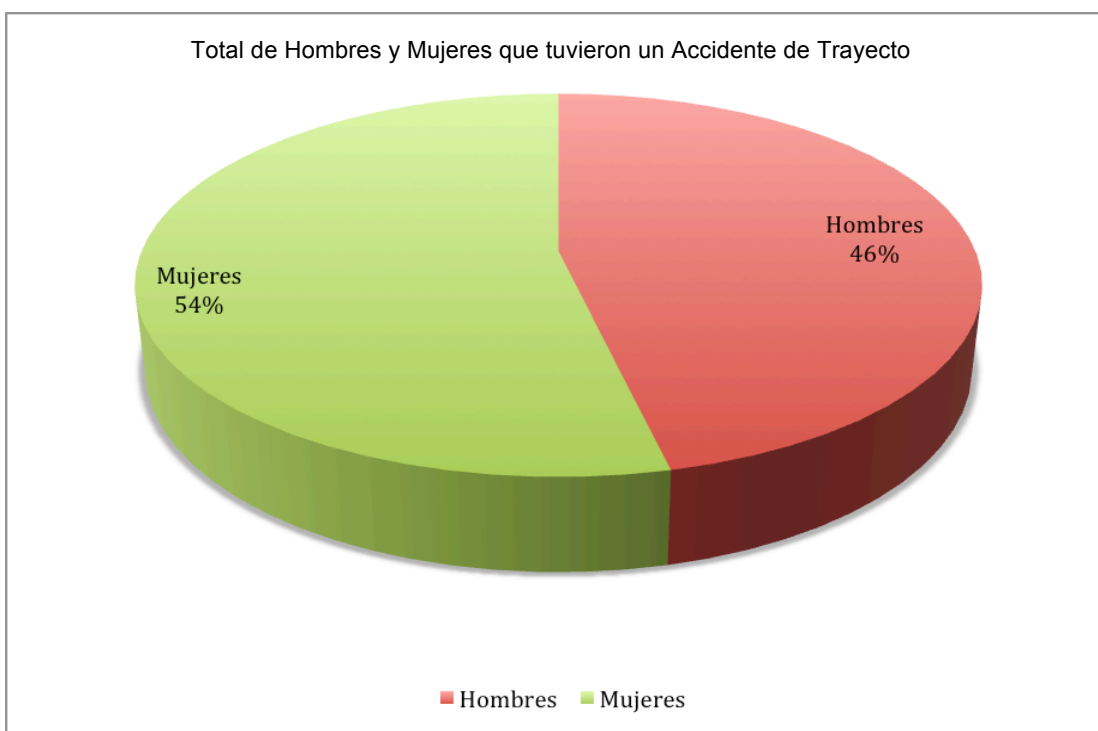


Gráfico 4.

Con respecto a la escolaridad de los encuestados tal como puede apreciarse en el gráfico 5, la mayoría, el 50% (n= 38), estudiaron hasta el nivel medio superior; le sigue el nivel de secundaria 30% (n= 23); superior 19% (n= 14) y primaria 1% (n= 1); durante el estudio no se encontraron personas que tengan posgrado o sean analfabetas. Se esperaba un menor nivel académico, sin embargo hay que tener en consideración que el estudio se llevó a cabo en la capital del estado y que muy probablemente varios de los encuestados pudieron haber migrado de otras partes del país (gráfico 5).

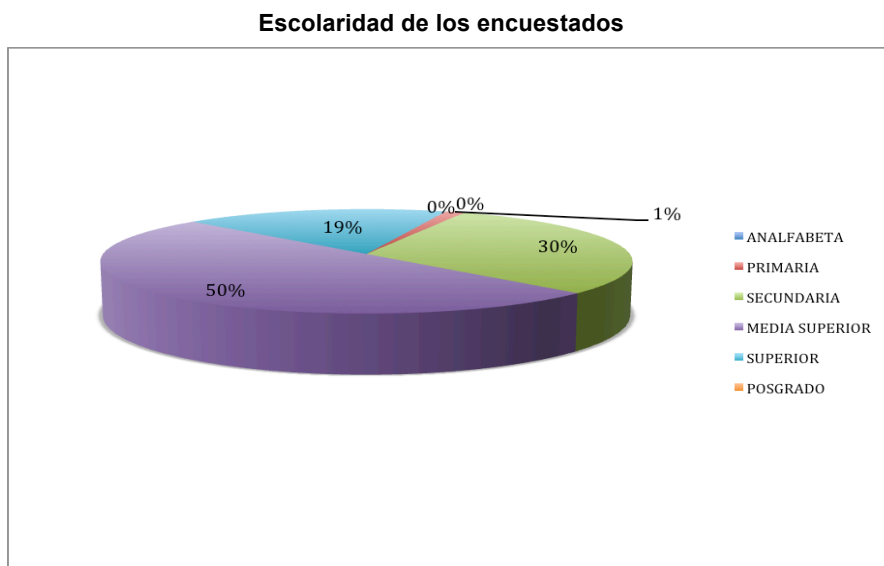


Gráfico 5.

El puesto de trabajo que se dio con mayor frecuencia fue el de trabajo encontrado con mayor frecuencia fue el de vendedor desempeñado por el 13% (n= 10) de los entrevistados, seguido por el de obrero 10% (n= 8) y costurera 7% (n= 6) (Tabla 1)

| Puestos de trabajo encontrados entre los entrevistados | | |
|--|----|------------|
| Puesto de Trabajo | n= | Porcentaje |
| Vendedor | 10 | 13.16% |
| Obrero | 8 | 10.53% |
| Costurera | 6 | 7.89% |
| Chofer | 5 | 6.58% |
| Secretarios | 4 | 5.26% |
| Profesores | 4 | 5.26% |
| Gerentes | 4 | 5.26% |
| Conserje | 4 | 5.26% |
| Vigilante | 3 | 3.95% |
| Peones de carga | 3 | 3.95% |
| Contador | 3 | 3.95% |
| Telefonistas | 2 | 2.63% |
| Mesero | 2 | 2.63% |
| Mensajero | 2 | 2.63% |
| Mecánico | 2 | 2.63% |
| Electricistas | 2 | 2.63% |
| Cocinero | 2 | 2.63% |
| Arquitecto | 2 | 2.63% |
| Abogados | 2 | 2.63% |
| Psicólogos | 1 | 1.32% |
| Montacarguistas | 1 | 1.32% |
| Minero | 1 | 1.32% |
| Estilista | 1 | 1.32% |
| Enfermera | 1 | 1.32% |
| Albañil | 1 | 1.32% |

Tabla 1. Puestos de trabajo de los entrevistados.

Con respecto a los grupos de edad, estos fueron divididos de acuerdo a las memorias estadísticas del IMSS 2011, es decir, a partir de los 20 años de edad de 5 en 5 hasta los 64 años, siendo el grupo predominante el de 30 a 34 años de edad con 25% (n= 19), siguiéndole el grupo de 25 a 29 años 17% (n= 13), luego el de 40 a 44 años 13% (n= 10) y el de 35 a 39 años 9% (n= 7) siendo los grupos de 45 años en adelante los de menor presencia, cabe señalar que durante la realización de la encuesta se encontró que el 7% (n= 5) corresponde al grupo de trabajadores menores de 20 años y ninguno perteneciente al grupo de 61 a 64 años (gráfico 6).

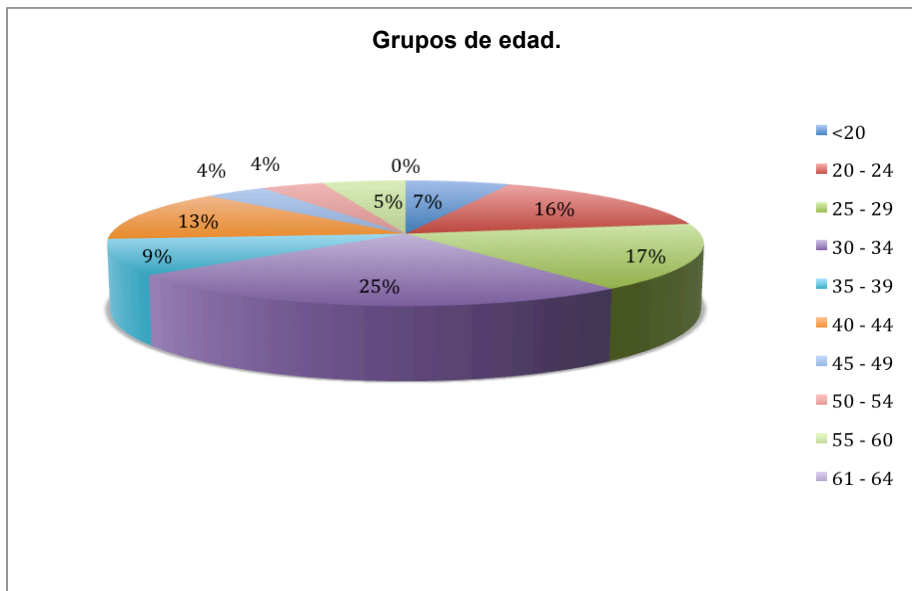


Gráfico 6.

Con relación a la calidad de la orientación brindada por parte del servicio de Salud en el Trabajo para llevar a cabo los trámites que conducen a la calificación del riesgo de trabajo, se tomó en consideración la valoración subjetiva del derechohabiente, dividiéndola en buena, regular y mala, obteniéndose los siguientes resultados: el 85% (n= 65) considero que la orientación dada fue de buena calidad; el 8% (n= 6) la refirió como regular y solo el 7% (n= 5) la considero como de mala calidad (gráfico 7).

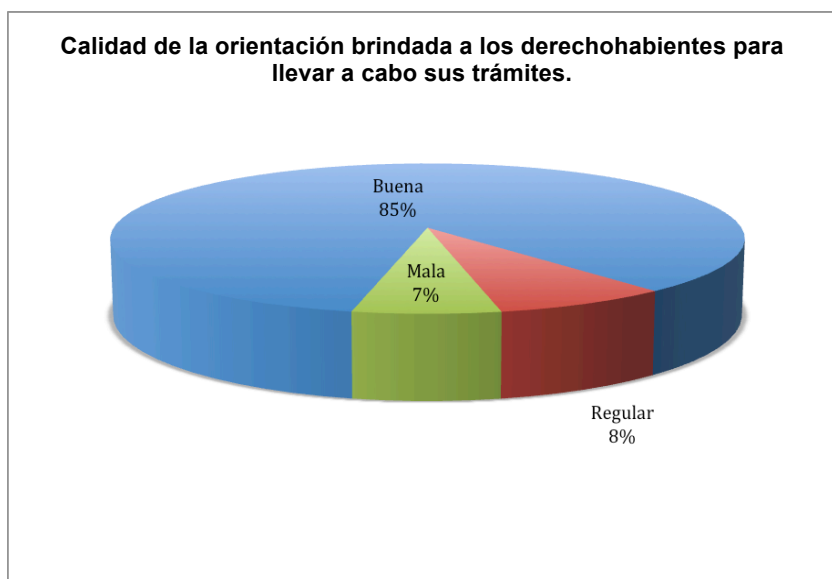


Gráfico 7

Se evaluó también la calidad de la atención brindada por parte de los servicios médicos, durante la atención médica inicial a los derechohabientes, no hubo distinción entre si esta se dio en el servicio de urgencias o por parte del médico familiar. De los 76 entrevistados el 66% (n= 50) considero que recibió una buena atención médica, el 29% (n= 22) la consideraron regular y solo el 5% (n= 4) como mala (Gráfico 8).

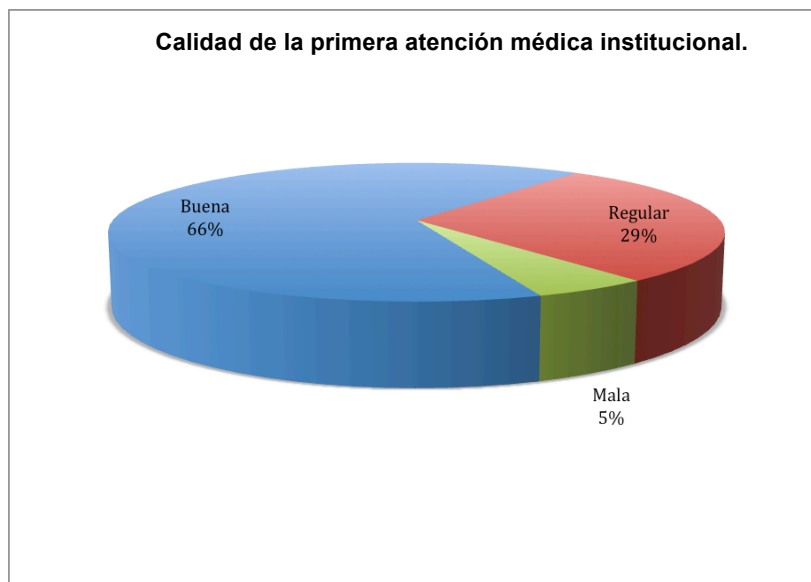


Gráfico 8.

Con respecto a la calidad de atención, percibida por los derechohabientes, brindada por las asistentes médicas el 66% de los encuestados (n= 50) la consideró buena; el 26% regular (n= 20) y el 8% (n= 6) como mala (Gráfico 9).

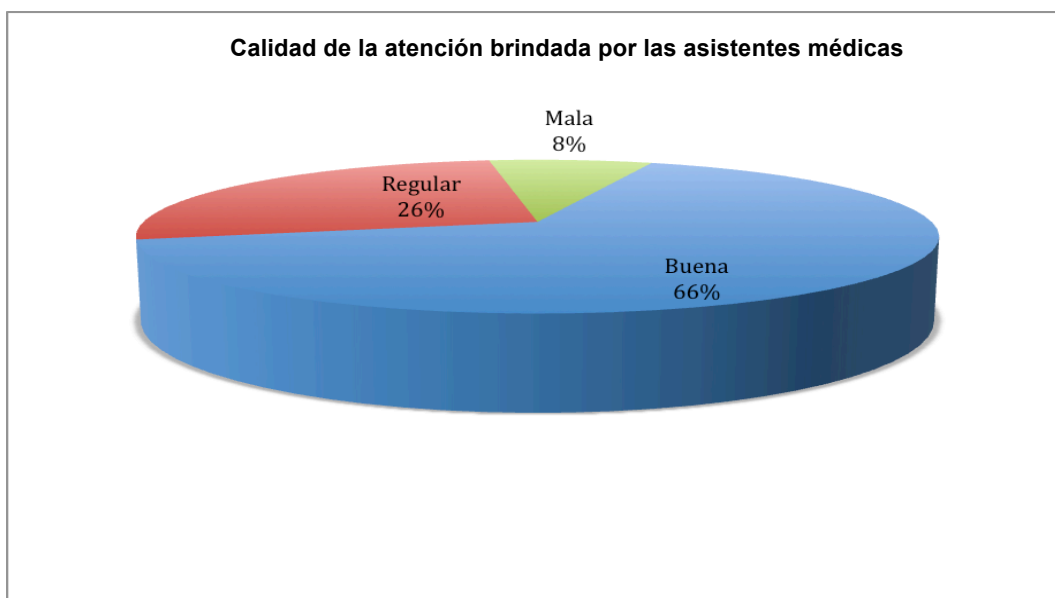


Gráfico 9

Con respecto a la atención brindada por los auxiliares universales de oficina (AUO), se obtuvo lo siguiente: el 75% (n= 57) de los derechohabientes consideró que su atención fue buena, el 22% (n= 17) regular y el 3% (n= 2) mala. Cabe señalar lo importante que es la intervención del AUO, pues generalmente es el primer servidor con que entra en contacto el derechohabiente dentro del servicio de salud en el trabajo propiamente dicho (Gráfico 10).



Gráfico 10.

En relación a la calidad de la atención brindada por parte del médico de salud en el trabajo, se obtuvo lo siguiente: el 87% (n= 66) de ellos consideró que su atención fue buena; el 10% (n= 8) la considero regular y solo el 3% (n= 2) la consideró como mala; cabe destacar que de los personajes que intervienen en el proceso de calificación de riesgos de trabajo y trayecto, es el médico de salud en el trabajo quien obtuvo el mejor puntaje en cuanto a calidad de atención percibida por parte de los derechohabientes (Gráfico 11).

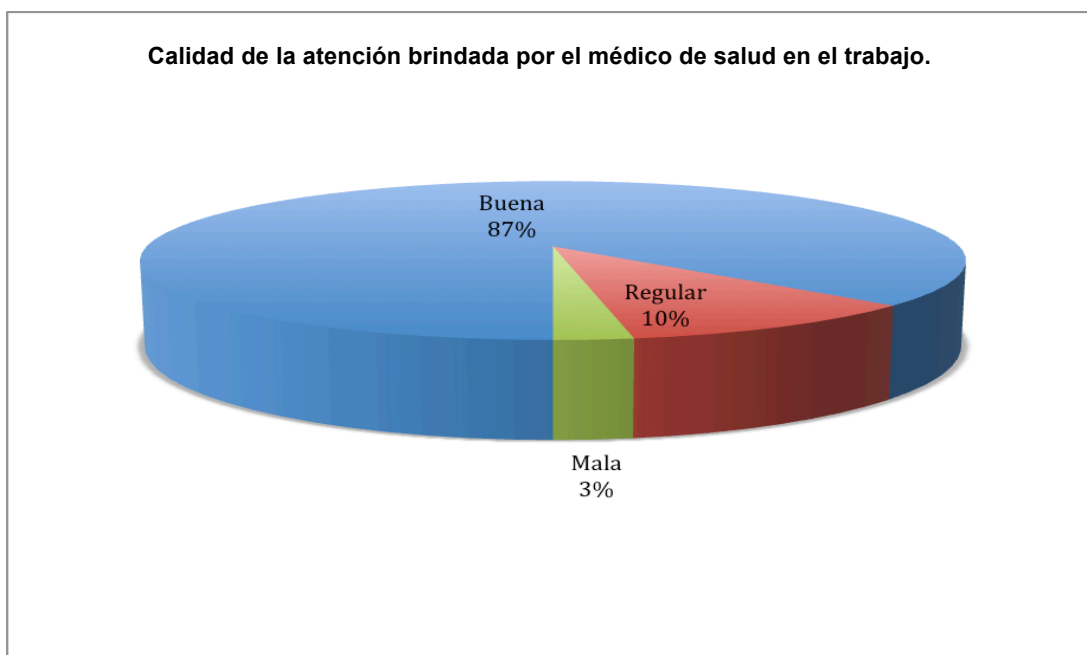


Gráfico 11.

Finalmente se evaluó la calidad de la atención brindada por el servicio de salud en el trabajo, incluyendo todo el proceso desde el primer contacto con el AUO y hasta la calificación del riesgo de trabajo, obteniéndose los siguiente: el 92% (n= 70) consideró que la atención es buena, el 5% (n= 4) y por último el 3% (n= 2) dijo que es mala (Gráfico 12).



Gráfico 12.

Discusión

En los últimos años ha crecido el interés en la evaluación de la satisfacción con la atención, como una forma de mejorar la calidad de los servicios de salud. La satisfacción está relacionada tanto con algunas características de la interacción del médico con el usuario como de las instituciones de salud.

En la actualidad parte de la misión de los servicios de Salud en el Trabajo alrededor del mundo es la evaluación de la calidad de la atención que se proporciona a los usuarios, desafortunadamente existen muy pocos estudios acerca de la calidad de los servicios de salud en el trabajo en nuestro país, a pesar de la amplia revisión bibliográfica que se llevo a cabo, solo se encontró un estudio de calidad centrado en los servicios de salud en el trabajo brindado por el IMSS, dicho estudio realizado en 2002 por González Castillo, Blanca Irma, et al.¹⁴ fue realizado en el noreste del Distrito Federal lo cual de entrada marca diferencias sociodemográficas significativas con respecto a la población objetivo en el presente estudio, por ejemplo, en su estudio González Castillo, de la población encuestada en su estudio el 65% fueron hombres y el 35% mujeres, mientras que en el presente estudio fue un 58% de hombres y 42% mujeres, en ambos se muestra un papel predominante del hombre como fuente de ingresos económicos de la familia, sin embargo hay que tener en cuenta que el tiempo de diferencia entre ambos estudios es de casi diez años, lo cual puede explicar, al menos en parte, porque en el presente estudio se está teniendo una tendencia a que el sexo femenino participe en igual o semejante proporción que el hombre en las actividades económicas remuneradas.

Con respecto a la escolaridad, se encontró que el 50% de los encuestados estudió hasta el nivel medio superior, mientras que en el estudio de González Castillo el nivel escolar predominante fue el de secundaria, resultado un tanto sorprendente ya que se esperaba un menor nivel de escolaridad sin embargo teniendo en cuenta que el estudio se llevó a cabo en la capital del Estado de Hidalgo y los movimientos migratorios en la última década, es probable que ello haya contribuido a modificar el perfil de la escolaridad promedio entre la población estudiada.

El grupo de edad dominante fue el de 30 a 34 años de edad, siguiéndole el de 25 a 29 años coincidiendo con lo que refieren diversos estudios con respecto a edad de la población económicamente activa, González Castillo, tuvo por población predominante la del grupo de entre 31 y 40 años de edad.

González Castillo en su estudio incluyó los procedimientos de calificación de riesgo de trabajo, la dictaminación de incapacidad permanente parcial, la dictaminación de probable estado de invalidez para el trabajo y la evaluación de recaída por riesgo de trabajo; en cambio en este estudio solo se limitó a tener en consideración la calificación de riesgos de trabajo el cual tal como la propia González Castillo reporta, es el procedimiento que más se lleva a cabo dentro de las actividades de los servicios de salud en el trabajo.

También es importante señalar que González Castillo en su estudio, no hace distinciones en la calidad de atención brindada por parte de cada uno de los personajes que interviene en el proceso de calificación de los riesgo de trabajo, dificultando así la identificación de las áreas de oportunidad para mejorar el proceso de atención al derechohabiente, mientras que en este estudio se identificó como mayor área de oportunidad a la atención brindada por las asistentes médicas.

Así mismo de acuerdo a lo encontrado por González Castillo, solo el 51% de los trabajadores encuestados se refirió satisfecho con los servicios otorgados en salud en el trabajo, el 49% se reportó insatisfecho; mientras que en el presente estudio el 94% refirió una buena calidad en los servicios otorgados, el 5% la señala como regular y solo el 2% como mala.

En la literatura médica, como antes se mencionó, se pueden encontrar una gran cantidad de estudios relacionados con la calidad de atención de los servicios de salud en general y por algunas especialidades especialmente enfocados a los servicios de urgencias y de otros servicios especializados tales como cardiología, medicina interna y cardiología, los cuales

están especialmente dirigidos a estudiar la satisfacción de los usuarios de dichos servicios, por lo que haciendo una breve comparación de los estudios antes señalados, con el aquí presentado, la encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México, realizada por la fundación Mexicana para la Salud (1994), muestra que el 82% de los usuarios refería buena calidad en los servicios de salud.

Para la encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención (elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública) en 1988, el 72% de los usuarios encuestados percibió que la atención recibida fue buena, resultados diferentes a los obtenidos en este estudio.

En estudios más recientes como el de Pérez Goiz realizado en el servicio de urgencias del Hospital Regional No. 1 de Querétaro, entre agosto y diciembre de 2006, de un total de 419 usuarios entrevistados el 77% (n= 247) se refirió satisfecho con la atención recibida, esto es importante, pues el área de urgencias es muchas veces el área de contacto inicial luego de que un trabajador sufre un accidente ya sea de trabajo o de trayecto. Según Jiménez y Villegas en su estudio de Satisfacción del usuario como indicador de calidad en el Instituto Nacional de Cardiología refiriendo un nivel del 74%, aunque se trata de un Hospital ajeno al IMSS, es útil conocer su situación para saber como nos encontramos con respecto a otras instituciones y tener una mutua retroalimentación.

En el ámbito internacional, en España, García Aparicio Et Al, llevaron a cabo un estudio de satisfacción percibida por los usuarios de un servicio de medicina interna tras 5 años de aplicación de encuestas de satisfacción, a lo largo de ese tiempo el 90.6% de los usuarios se refirió satisfecho con la atención brindada, incluso más allá de eso también encontraron que el 84% de los encuestados, recomendaría el hospital a otras personas. El conocer la experiencia internacional resulta de utilidad pues da pie a buscar más áreas de oportunidad para mejorar la atención brindada a los usuarios de los servicios de salud, así como tener nuevos indicadores para ayudar a medir dicha calidad.

En la mayoría de los estudios enfocados a evaluar la satisfacción de los usuarios, de manera consistente se han encontrado altas tasas de satisfacción. 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, 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.

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), o bien al no recibir una prestación que el usuario consideraba tener derecho, utilice el cuestionario como una forma de represalia hacia el prestador de servicios.

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).

Si bien es cierto que, los resultados del presente estudio coinciden hasta cierto punto con otros estudios calidad; es conveniente aclarar que, se trata de solo una fotografía en un momento del tiempo y que dado que es un estudio transversal, podría hacerse estudios similares a lo largo del tiempo e incluso implementar las encuestas como herramienta en el monitoreo

constante de la calidad de atención brindada a los derechohabientes.

Conclusiones

Las grandes instituciones de salud –como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)– se proponen modificar el modelo de atención para ofrecer un mejor servicio, siendo el de salud en el trabajo, sin lugar a dudas, un pilar fundamental en el cambio que el IMSS busca.

Ante este panorama, cada vez es más importante para los tomadores de decisiones del Sector Salud tener información confiable y oportuna sobre las opiniones de la población. Hay muchos datos, sin embargo, no tenemos información sistematizada de la opinión pública del funcionamiento y desempeño de los servicios de salud y menos aún de los servicios de salud en el trabajo, pues como antes se mencionó, aun a pesar de la amplia revisión bibliográfica solo se encontró un estudio similar al presente.

Existen diferentes modelos de evaluación de la calidad percibida basados en encuestas, las cuales constituyen la herramienta más sencilla para conocer la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos en un servicio de salud. Sus objetivos principales son conocer las características de la asistencia que presta el hospital y averiguar cuál es el servicio que desean los pacientes actuales y potenciales.

El presente estudio encontró un alto nivel de satisfacción entre los usuarios que acudieron a lo largo del mes de agosto de 2011 a la calificación de un riesgo de trabajo en la UMF 32 de Pachuca, Hidalgo; encontrándose el mejor desempeño en la participación del médico operativo de salud en el trabajo y como la mayor área de oportunidad en la participación de las asistentes médicas, el papel que desempeña cada uno de los participantes en el proceso de calificación de riesgos es sumamente importante, pues a decir de la mayoría de los pacientes (como comentario extra a lo preguntado en las encuestas), el proceso de calificación de riesgo de trabajo es complejo y por ello resulta de vital importancia el dar la adecuada orientación al derechohabiente a lo largo del procedimiento para la calificación de su riesgo. Se puede decir que los resultados más importantes de este estudio que resulta trascendente, considera la relación médico paciente y el trato que se proporciona al usuario por parte del personal con el que tiene contacto de la dimensión accesibilidad administrativa, como factores esenciales en la percepción de la calidad de la atención.

Durante el estudio no se encontraron relaciones significativas entre la percepción de la calidad y el sexo, nivel de estudios ni la edad, pues el nivel de insatisfacción fue muy bajo, por lo que es probable, al menos en parte, atribuir el alto grado de satisfacción entre los usuarios a sus propias características culturales.

Es conveniente la generalización de las encuestas como medio para monitorear la calidad de atención brindada en los servicios de salud en el trabajo, teniendo mucho cuidado en su interpretación pues en un momento dado el derechohabiente puede utilizarlo como represalia contra los prestadores de servicio en caso de no obtener una prestación a la que derechohabiente cree tener derecho cuando no es así.

Propuestas

Con los resultados del presente estudio se hacen las siguientes de propuestas, las cuales en opinión del autor son factibles y de bajo costo:

1. Generar una actitud de cordialidad, amabilidad en el personal de salud hacia el usuario, creando una mentalidad de servicio con calidad, desde el uso de un lenguaje óptimo para cada paciente de acuerdo a su nivel sociocultural, el entendimiento de su padecimiento y el entendimiento en el manejo de éste, así también es importante crear un ambiente óptimo laboral hacia los diferentes prestadores de servicio. Como lo es en relación a la accesibilidad administrativa, la distribución adecuada de recursos humanos en los diferentes unidades de salud, ya que, es insuficiente el personal de salud en relación a la demanda actual de usuarios, repercutiendo en el tiempo de consulta, la relación médico – paciente y en los largos tiempos de espera. Por lo que resulta importante evaluar la percepción del prestador de servicio con el fin de generar estrategias, en las que el médico realice de manera optima su función para poder crear comodidades laborales facilitando realizar la atención con calidad.
2. Realizar supervisiones y capacitaciones constantes obligatorias para los prestadores de servicio involucrados en los procesos de salud en el trabajo.
3. Sensibilizar primero a los prestadores de servicio sobre la importancia de la satisfacción del usuario, creando cambios de calidad con los propios clientes internos. En el ámbito actual que impera en el país, se asegura que, a mayor satisfacción del usuario menores demandas, mayor apego del manejo médico indicado y con ello mayor resolución en los problemas de salud.

Bibliografía

1. Ardon C. Nelson. *Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida*. 12 (421) Junio 2003.
2. Morales-Guijarro, AM Et al. *Acompañante satisfecho, un indicador de calidad*. Rev. Calid Asist. 2011;26(1):47—53
3. Lavielle-Sotomayor, María del Pilar et al. *Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario*. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 129-134
4. Barrasa, J. Ignacio y Aibar, Carlos. *Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001*. Rev. Calidad Asistencial 2003;18(7):580-90.
5. Serrano-del Rosal, Rafael. *La anatomía de la satisfacción del paciente*. Salud pública de México / vol. 50, no. 2, marzo-abril de 2008
6. Aguirre-Gas, Héctor Gerardo. Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? Cir Ciruj 2007;75:149-150
7. Aguirre-gas, Héctor Gerardo. *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Salud Pública Méx. 1990; Vol. 32(2):170-180
8. Aguirre-Gas, Héctor Gerardo. *Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica*. Cir Ciruj 2008;76:187-196
9. Priego Álvarez, Heberto. *Mitos y Realidades de la Mercadotecnia de Servicios de Salud*. Salud en Tabasco. Vol. 7, No. 2, Junio, 2001.
10. Muñoz Cano, Juan Manuel. *Desarrollo de competencias para seguridad del paciente*. Horizonte Sanitario. Vol. 4 No. 3 Septiembre – Diciembre 2005.
11. Gogeoascoechea-Trejo, Ma. Del Carmen. *Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario*. Rev. Méd UV 2009; 9(1) : 5-10.
12. Feldman, Lya. *La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación*. Rev. Calidad Asistencial. 2007;22(3):133-40
13. Rodríguez Fernández, Jesús. *Utilización de la opinión de los pacientes para la mejora: 5 años de seguimiento (2001-2005)*. Rev. Calidad Asistencial. 2008;23(2):57-64
14. Pérez Goiz, Rosalía. *Satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel*. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (6): 637-642
15. González Castillo, Blanca Irma, et al. *Satisfacción del usuario de los servicios de salud en el trabajo*. Rev. Med IMSS 2002; 40 (4): 301-304
16. Iraola Ferrer, Marcos. *Satisfacción en urgencias de un hospital universitario cubano*. Rev. Calidad Asistencial 2003;18(7):603-8
17. Organización Internacional del Trabajo. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Cap 15 Protección y promoción de la salud. Tomo II Cap. 15 pp. 15.2 y 15.3
18. Mira, José Joaquín et al. *Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria*. Rev. Calidad Asistencial 2002;17(5):273-83

19. Robles García, Mónica. *En busca de la excelencia: el perfil del paciente "supersatisfecho"*. Rev. Calidad Asistencial 2004;19(1):34-7
20. Rodríguez Orejuela, Augusto. *Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida*. Revista Colombiana de Marketing, Vol. 1, No 1 (2000).
21. Sánchez Román, Francisco Raúl. Et al. *Reflexiones en torno a los 40 años de la medicina del trabajo en México*. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (4): 403-412
22. Porter, Michael. *What Is Value in Health Care?*. New England journal medicine 363;26 nejm.org december 23, 2010.
23. Procedimiento para la dictaminación y prevención de los accidentes de trabajo. 2320 – 003 – 009. IMSS.

