



31261
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
 DE MEXICO

1

CAMPUS IZTÁCALA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN
 SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA SATISFACCIÓN
 DEL PACIENTE

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN INVESTIGACIÓN DE
 SERVICIOS DE SALUD

P R E S E N T A

M.C. JUAN PABLO GARCÍA ACOSTA

DIRECTOR DE TESIS:

M. EN I.S.S. HÉCTOR EDUARDO GONZÁLEZ DÍAZ

SINODALES:

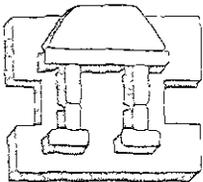
M EN ISS ESQUIVEL HERNÁNDEZ ROSA ISABEL

M EN ISS GONZÁLEZ CELIS RANGEL ANA LUISA

M EN ISS PINEDA OLVERA JUAN

M EN ISS SALINAS OVIEDO CAROLINA

TLALNEPANTLA EDC. DE MÉXICO NOVIEMBRE 2000



25-307



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.

RESUMEN

Dentro de las evaluaciones de la calidad de la atención en servicios de salud, un aspecto importante es la satisfacción del paciente, pues es él la razón de ser y existir de los servicios de salud. En la presente investigación se determinó el nivel de satisfacción del paciente en la población usuaria de un servicio médico bancario, mediante la aplicación de un instrumento de evaluación diseñado con base en la escala de Likert. El citado instrumento se aplicó a una muestra de 385 sujetos, en quienes se exploró el nivel de satisfacción del paciente a través de 6 dimensiones: "trato humano", "accesibilidad", "competencia profesional", "información recibida", "resultados de la atención" y "trámites burocráticos". Se encontró la principal problemática en los indicadores correspondientes a las dimensiones de trato humano, información recibida y trámites burocráticos, mismos que obtuvieron niveles de satisfacción bajos. No obstante, el nivel de satisfacción global con el servicio se ubicó en 87.51%. Además se efectuó el análisis factorial de los resultados obtenidos, determinando los aspectos que contribuyeron con mayor porcentaje de la varianza. Se recomendó mantener operando sin grandes cambios los aspectos que obtuvieron niveles de satisfacción por arriba de 80% así como profundizar en el análisis de las tres dimensiones que obtuvieron niveles bajos de satisfacción, mediante la desagregación de sus componentes para analizarlos de manera más detallada, en la búsqueda de motivos específicos de baja satisfacción del paciente y con ello diseñar estrategias de intervención susceptibles de evaluación posterior.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
Introducción .	.1
CAPITULO I	
Problema.	2
Subproblemas	2
Objetivo General.	.3
Objetivos Particulares	3
CAPITULO II	
Antecedentes	.4
Antecedentes Internacionales	4
Antecedentes Nacionales.	10
Enfoques de Calidad.	14
Principios Unificadores	.17
Antecedentes de los Servicios Médicos Bancarios.	.19
Marco Teórico.	25
Satisfacción del Cliente	32
CAPITULO III	
Justificación y Trascendencia.	39
Metodología .	41
Tipo de Estudio.	.41
Operacionalización de Variables..	41
Instrumento de Evaluación.	50
Confiabilidad	50
Validez.	51
Diseño Muestral.	52
Criterios de Inclusión	53
Criterios de Exclusión	53
Criterios de Eliminación.	53
Recursos Humanos	53

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Salud, considerados como una respuesta social organizada, han logrado importantes avances en beneficio de la sociedad contemporánea. El descenso de la mortalidad, la mayor esperanza de vida, la ampliación de la cobertura, la protección financiera otorgada por la seguridad social, la formación de recursos humanos competentes y la investigación científica, han sido algunos de los logros más sobresalientes en la segunda mitad del siglo que expira. Y así, al tiempo que los Servicios de Salud consolidan sus fortalezas, deben superar los obstáculos que debilitan su desempeño.

Al analizar estos logros, nos damos cuenta que con frecuencia el personal del área de la salud se empeña en atender el soma, la materia, siendo ésto una falía, porque el hombre no es simplemente materia, el hombre es también "psique", espíritu, es un ser complejo y completo y al ver por él debemos verlo en todo su contexto, cuerpo y espíritu. Y al decir espíritu tenemos que analizar su sufrimiento y su alegría, su malestar y su bienestar, sus temores y satisfacciones.

En los Servicios de Salud, parte medular de su desempeño es la calidad, misma que representa la medida en que los servicios efectivamente mejoran la salud. El concepto incluye dos dimensiones: la técnica, consistente en seguir la mejor estrategia de atención que la ciencia actual hace posible y la interpersonal, consistente en lograr la mayor satisfacción posible del usuario.

Un sistema de salud que no ubica a la calidad en el centro de sus preocupaciones corre el riesgo de gastar valiosos recursos sin lograr el efecto deseado o lo que es peor, producir iatropatogenia e insatisfacción.

Es por ello, que la presente investigación pretende ser una colaboración a fortalecer la calidad en uno de sus aspectos, dentro de los Servicios de Salud.

CAPÍTULO I

PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente?

SUBPROBLEMAS:

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente de un servicio médico bancario dentro de la dimensión de trato humano?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente de un servicio médico bancario dentro de la dimensión de accesibilidad?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente de un servicio médico bancario dentro de la dimensión de competencia profesional?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente de un servicio médico bancario dentro de la dimensión de información recibida?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente de un servicio médico bancario dentro de la dimensión de resultados de la atención?

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente de un servicio médico bancario dentro de la dimensión de trámites burocráticos?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente.

OBJETIVOS PARTICULARES:

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente con la dimensión de trato humano.

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente con la dimensión de accesibilidad.

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente con la dimensión de competencia profesional

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente con la dimensión de información recibida.

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente con la dimensión de resultados de la atención

Determinar el nivel de calidad de la atención de un servicio médico bancario en el área metropolitana de la Ciudad de México a través de la satisfacción del paciente con la dimensión de trámites burocráticos

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

Cada día es más evidente la importancia que se le otorga a los aspectos relacionados con la calidad, haciéndose presente tanto en eventos de tipo académico como en la producción de bienes y en la prestación de servicios, con la finalidad de difundir conceptos y métodos para evaluar y mejorar los niveles de calidad. También se hace evidente el interés por el tema, con el surgimiento de organizaciones lucrativas y no lucrativas que tienen por objeto ofrecer servicios de consultoría y capacitación sobre lo relativo a la calidad. El origen probable de estos aspectos es una mayor conciencia de que en el mundo contemporáneo la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y de mercado además de ser fundamento de responsabilidad social e integridad moral.

En los servicios de salud se han hecho esfuerzos para establecer un sistema para la evaluación de la calidad de la atención, cuya finalidad es contribuir al desarrollo técnico, científico y la superación permanente del servicio que se brinda a la población.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Existen a lo largo de la historia, diversas creencias acerca de dónde inició el estudio y preocupación por la calidad de los servicios de salud. Parece ser que su nacimiento no fue motivado por una acción concertada en la que se buscara expresamente la calidad, sino más bien, producto de la observación de fenómenos reales. El antecedente se remonta a la guerra de Crimea entre 1854 y 1856 donde se observó en los hospitales de guerra que si se implantaban iniciativas de control de infecciones, nutrición y aspectos

sanitarios, se contribuía a reducir la tasa de mortalidad de 43% a 2%, mejorando así las condiciones de egreso de los pacientes con el control de aspectos en el interior del sistema (1)

Entre las primeras evidencias de la preocupación por la evaluación de la Calidad de la Atención Médica tenemos los trabajos de Ernest Amory Codman en 1916 "Resultado final de la evaluación en la atención de la práctica clínica" no sólo como actividad profesional sino como empresa organizativa, administrativa y económica. el cual propuso y sometió a prueba un método para supervisar resultados finales (2)

En 1933 se presenta la obra clásica de Lee y Jones sobre los "Fundamentos de la buena atención médica" acuñando uno de los primeros conceptos sobre calidad mediante la definición de atención médica con ocho aspectos que han sido base científica de la práctica médica: cooperación del usuario proveedor, prevención, tratamiento íntegro del individuo, relación estrecha y continua médico paciente, servicios médicos coordinados e integrales, coordinación entre atención médica y servicios sociales y accesibilidad de la atención para todas las personas. (3)

También en 1933 Hooker en la Academia Nacional de Medicina de Nueva York, habló sobre mortalidad materna previsible y en 1955 Kohl habló sobre prevención de la muerte perinatal, en ambos casos aplicando estrategias de una primitiva garantía de calidad. (4)

En la década de los años 50' se presentaron varios estudios sobre el tema, teniendo en común el empleo de normas profesionales como base de la evaluación. Peterson en 1956 en el medio rural de Carolina del Norte presentó el estudio de "Evaluación del quehacer de oficina basado en la observación directa de la relación practicante-cliente", llevada a cabo por un visitante adiestrado que usó sus propios criterios para formular su juicio sobre la calidad de la atención médica. En el Health Insurance Plan of Greater New York,

Mancover en 1951 y Morehead en 1956, 1958 y 1967 evaluaron la calidad de la atención con base principalmente en información obtenida de los expedientes clínicos y de conversaciones con los médicos, fundando los juicios de calidad en criterios implícitos de los clínicos, investigando las relaciones entre el desempeño y las características estructurales (1)

En 1954 Godman y Graham mostraron un modelo para evaluar un programa de atención ambulatoria mediante diversas características estructurales y en 1956 Paul Lembecke construyó lo que él esperaba fuera la "Ciencia de la Evaluación" consistiendo en una guía para la formulación de criterios. Por otra parte, en la Universidad de Michigan, Thomas Fitzpatrick evaluó mediante criterios explícitos lo que él llamó "La Ciencia Hospitalaria".

La obra de Georgopoulos y Mann en 1962 "El Hospital General de la Comunidad", dio un conjunto de características organizativas más sutiles que influyeron en la calidad de la atención médica (3)

Desde 1962 Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, ha producido una serie de escritos en el campo de la investigación de la calidad de la atención médica que lo han llevado a ser considerado como una autoridad mundial. Este autor propuso el método integral el cual consistió en la revisión periódica de la "estructura", el seguimiento continuo del "proceso" y el examen sistemático del "resultado"; lo cual fue conceptualizado por Freebor y Greenling como un sistema de monitoreo de la calidad de la atención médica que implica actividades de vigilancia permanente a través de indicadores de salud y de sus servicios. Además, ha postulado que como esencia de la calidad de la atención se continúe con las proposiciones hechas por Peterson en cuanto a las variables relacionadas con las características físicas de la institución, características personales del prestador de servicios y la satisfacción del usuario calificada por este mismo. (5)

Georgopoulos y Mann en 1962 estudiaron la influencia de variables tales como la diferenciación, la coordinación, el poder, las especificaciones de procedimientos de trabajo y la visibilidad de las consecuencias, con métodos de análisis multivariado que permitieron evaluar los efectos independientes de diferentes variables concomitantes y el grado de variación de la calidad que estas eran capaces de explicar. Este tipo de investigaciones se consideraron como un gran avance en la evaluación de la calidad de la atención médica y fueron también realizadas por Scott y Shortell en 1976, sin embargo hoy en día se considera que tienen múltiples dificultades en su medición y sobre todo cuando la variable dependiente es la calidad de la atención médica (6)

En 1970 y 1971, Morehead utilizó nuevamente el Health of Insurance Plan of Greater New York con algunas modificaciones, para estudiar "La calidad de la atención en los centros de salud de la vecindad y en algunos otros escenarios de atención ambulatoria", mientras que Paybe en 1976 investigó "La atención intra y extrahospitalaria de cada episodio de hospitalización" considerando la ponderación diferencial de los criterios, la atención a la confiabilidad de los subregistros y el establecimiento de criterios explícitos para la atención ambulatoria (7)

Otros estudios de evaluación de la calidad se han centrado en los patrones de utilización de servicios, sugiriendo que las instituciones de salud pueden obtener información útil y válida para la planeación y reorientación de los programas y políticas de salud por medio del análisis de datos obtenidos del usuario, tales como edad, raza, sexo, tiempo de espera, utilización de servicios y prontitud para la atención. (7)

A partir de los setentas se desencadena el interés por evaluar la calidad a través de registros médicos como instrumento fidedigno, describiendo los cambios que ocurren en la inclusión o exclusión de criterios cuando éstos se seleccionan de acuerdo a su grado de importancia contribuyendo al diagnóstico adecuado y al logro de mejores resultados, ejemplo de este tipo de estudios

son el de Robert Brook en Baltimore 1973, el de Harre y Barnoon en el mismo año para la Sociedad Americana de Medicina Interna de varias regiones de Estados Unidos, el de Thompson en 1975, el de Hulka en 1979 en Carolina del Norte y el de Reidel en 1979 en New Haven y Hartford. (8)

A principios de los setentas en Europa la mayoría prefería su Sistema Nacional de Salud, basado en la cobertura universal, el libre acceso y los seguros de salud. Algunos percibieron en Estados Unidos algo que los impresionó: el interés por la calidad de la atención. Se dieron cuenta que este interés estaba sumamente relacionado con el sistema. Al tener que pagar la totalidad de sus gastos médicos, los pacientes tenían de igual manera, derecho a obtener servicios de alta calidad, al igual que los profesionales de la atención a la salud tenían la responsabilidad ética de brindar buenos servicios. La garantía de una calidad excelente era, al mismo tiempo un instrumento de la mercadotecnia en un entorno ferozmente competitivo. (9)

La mayoría de los políticos y de los administradores de los servicios de salud desconocían que la calidad de la atención se puede medir, o bien creían que la garantía de la calidad era un juguete caro e innecesario para promover la excelencia profesional, que tenía muy poco que ver con el mejoramiento de los resultados de la atención. El poco interés político a este campo se hace evidente con los estudios de Wyszewianski y Donabedian en 1981, quienes reconocen el olvido de este tema aunque constituye un asunto de la mayor importancia social y política. (9)

Durante la década de los ochentas la situación empezó a cambiar. La oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa tomó la iniciativa en 1982 mediante el establecimiento del Programa Modelo de Atención a la Salud y Calidad de la Atención. (10)

Italia y España fueron los primeros que establecieron sociedades nacionales para la garantía de calidad. En Holanda se estableció una organización

nacional financiada con fondos de los seguros de salud para ayudar a los hospitales que buscaban implementar la garantía de calidad. (9)

En 1985 nació la International Society for Quality Assurance (ISQA) en Estados Unidos. (10)

En 1986 la Comisión Conjunta en Estados Unidos presentó un proyecto llamado "Agenda para el Cambio" con la meta de desarrollar un programa de monitorización y evaluación de la calidad hacia el año 2000, dirigido a resultados clínicos con énfasis en el desempeño del equipo organizacional y de salud, usando indicadores específicos identificados por sociedades científicas (11)

En 1988 la OMS incluyó la garantía de calidad en la agenda de su Comité Regional Este comité concluyó que "El asunto ya no es si se requería la garantía de calidad, sino cómo introducirla". (10)

En 1989 se resolvió que la garantía de la calidad de la atención era responsabilidad ética de todos los profesionales de la salud, así en este año, hubo un compromiso con la garantía de la calidad en Europa. (10)

Es después de esta fecha cuando toma una fuerza impresionante el compromiso sobre evaluaciones de calidad de la atención médica, surgiendo numerosas metodologías según el aspecto a evaluar, llamando poderosamente la atención las evaluaciones sobre la satisfacción del paciente. Al mismo tiempo aparecieron otros indicadores como: incremento o decremento del estado de salud, frecuencia y distribución de incidentes adversos, malpraxis y resolución de motivos de ingreso hospitalario. Estos indicadores aparecieron en estudios como los de Hedges, Osterud y Mullins en 1992. (1)

ANTECEDENTES NACIONALES

En México, con los trabajos de Donabedian, Feld, Cordera Pastor y González Posada, el concepto de evaluación se ha desarrollado para abarcar no sólo la función médica, sino también otros elementos que contribuyen a los procesos de atención a la salud. Feld introdujo el concepto de 'Gradualismo' que establece la clasificación de unidades médicas. (12)

En 1956 el Hospital de la Raza del IMSS desarrolló acciones de evaluación basados en la revisión de expedientes. En 1957 el IMSS formó la Comisión de Supervisión Médica con el fin de sistematizar las actividades de evaluación y seguimiento programático. En 1959 se integró la Auditoría Médica con lo que se formalizó y se establecieron las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión de los expedientes clínicos. (12)

En 1972 el concepto de auditoría médica se amplió al de Evaluación Médica. Con ello se instauraron las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico. En 1973 la Subdirección General Médica del IMSS publicó "El Expediente Clínico en la Atención Médica" con lo cual se reglamentó su integración y elaboración en la institución.

A partir de 1974 se publicaron diversos trabajos relacionados con la evaluación médica. "Autocrítica del médico como instrumento para mejorar la calidad de la atención", "Autoevaluación de los casos de defunción que fueron sometidos a autopsia", "Evaluación en la continuidad de la atención en los traslados de pacientes interunidades", "Evaluación de la calidad de la atención de enfermería a través de la revisión de sus registros" y "Evaluación de la eficiencia de un médico con base a la productividad y sus posibles repercusiones en calidad" (13)

Aún cuando las experiencias antes mencionadas se orientaban fundamentalmente hacia el estudio de los servicios de salud a partir del

expediente clínico, ya se planteaba la posibilidad de extender la evaluación a las condiciones de dotación y funcionamiento del equipo médico, abastecimiento y dispendio de material de consumo y medicamentos, capacitación del personal, la imponancia de la participación del Jefe del Departamento Clínico, la importancia de la relación médico paciente y el reconocimiento a los aciertos del personal en el desempeño de sus actividades. (12)

Particularmente en 1970 y 1976 empezaron a aparecer publicaciones con temas sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico paciente, mortalidad como indicador de calidad, etc (14)

Aparecen por la misma época las primeras normas de operación de Comités de Evaluación.

En 1978 la SSA con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y organizaciones no gubernamentales afines, organizó diversos eventos de difusión y análisis de la evaluación de los servicios de salud. destaca el Seminario Internacional sobre Investigación de Servicios de Salud. (15)

En la década de los ochentas se identifica un despertar y un interés por las acciones tendientes hacia la garantía de la calidad, siendo nuevamente el IMSS el pionero en la formulación y aplicación de la estrategia de círculos de calidad, seguido por el Instituto Nacional de Perinatología. La Secretaría de Salud desarrolló un esfuerzo por normar la prestación de los servicios a través de la Dirección General de Servicios de Salud, recibiendo tal esfuerzo un apoyo adicional mediante diversas investigaciones sobre la calidad, efectuadas en el Centro de Investigaciones en Salud Pública (16)

En 1987 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación cuyo propósito fundamental consistió en elaborar una metodología que permitiera crear mecanismos y procedimientos para valorar la calidad de la atención médica de

los servicios que se otorgan en el sector salud llevó a cabo una revisión y análisis de los procedimientos de evaluación de la calidad de la atención, que van desde la revisión del expediente clínico, auditorías, evaluación de comités médicos tanto a nivel nacional como internacional para uniformar los criterios en el Sistema Nacional de Salud. A este respecto se revisaron los procedimientos evaluativos seguidos por las instituciones médicas del IMSS, ISSSTE, DIF, SSA (17)

El mencionado grupo creó un documento titulado "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", mismo que fue distribuido a las instituciones participantes. En él se postula el uso de procedimientos e indicadores para conocer los factores que influyen en la calidad. Además fue definido como único en su formulación conceptual de objetivos, políticas, metodologías para el desarrollo de la evaluación con fines no punitivos sino de mejoramiento de la calidad en sí. (17)

La Secretaría de Salud en 1990, publicó una Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. integrándose a estos esfuerzos el sector privado a través de la Asociación Mexicana de Hospitales y la Cámara Nacional de Hospitales, las que estudian el proceso para analizar los mecanismos de verificación para sus hospitales (16)

Posteriormente la Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria elaboró los Estándares Mínimos para la Certificación Hospitalaria, para hospitales de alta y baja complejidad, cuya finalidad es evaluar y garantizar la calidad de la atención médica mediante estándares previamente definidos y aceptados (18)

En el Instituto Nacional de Salud Pública en 1992, se efectuó el III Congreso Nacional de Investigaciones en Salud Pública, en donde se expusieron investigaciones en el campo de los servicios de salud entre las que destacaron aquellas referentes a la evaluación de la calidad de la atención ya fuera para estructura, proceso o resultado.

En nuestro país algunas investigaciones que han marcado una línea específica en la materia han sido el "Análisis Gerencial de los Sistemas de Salud" (Ruelas 1982), el cual comprende líneas de investigación sobre los problemas médico directivos en diferentes organizaciones hospitalarias con el enfoque de calidad. Otros estudios estuvieron dirigidos a la medición del grado de calidad al través de escalas cuantitativas mediante observaciones del expediente clínico en el IMSS (Marqueo Ojeda 1982, 1986 y 1990). Otros estudios dirigidos a las relaciones interpersonales médico-paciente (Garduño y Tenneses Associates de México en 1987, 1988 y 1990). (16)

Existen gran cantidad de estudios que analizan la opinión de los usuarios sobre la atención médica recibida Martínez Ortega R y González Díaz H. en 1991 y Castañeda en 1984, 1986 y 1988.

Otras líneas de investigación han sido la oferta y demanda de los servicios (Durán Arenas en 1988), Morbilidad y Usos de Salud (Narro Robles en 1990) y Evaluación de Necesidades de Salud (Martínez Ortega 1988) Los relacionados con la calidad de atención médica que analizan la estructura de las organizaciones tanto de primero como de segundo nivel (Hernández Reynoso en 1990)

Cuando fue creado el Sistema Nacional de Salud en México, se promovió la aplicación de políticas y estrategias para consolidarlo a través del Programa Nacional de Salud 1984-1988, en el que se destaca la necesidad de mejorar la calidad con que se otorgan los servicios de salud. (19)

A través de las subsiguientes administraciones del Gobierno Federal, han continuado los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud. lo cual es manifiesto a través de la existencia de programas incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo, que pugnan por incidir desde varias enfoques en este complejo problema (20)

En septiembre de 1994 la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud, como parte de su evaluación integral realizó un estudio descriptivo longitudinal en 31 unidades hospitalarias de segundo nivel del Programa Solidaridad-SS. Este proyecto tuvo como objeto valorar la calidad de la atención médica en hospitales generales de los Estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca e Hidalgo, con la finalidad de establecer una línea basal que permita ubicar los servicios dentro de un continuo de calidad, respecto a la situación actual y el futuro de las unidades. (21)

Un programa de características multidimensionales para el desarrollo de los diferentes estudios sobre calidad de la atención, lo constituye el esfuerzo realizado por las instituciones educativas, las cuales forman recursos humanos en Investigación de Servicios de Salud, Administración Hospitalaria, Salud Pública y áreas afines que evalúan la calidad de la atención médica desde diversas perspectivas y con distintas metodologías

ENFOQUES DE CALIDAD

Dentro de la filosofía de la calidad a través de la historia, se han hecho diversos planteamientos que en su conjunto han construido la filosofía actual de la calidad. Entre sus principales creadores de conocimiento al respecto tenemos los siguientes

W Edward Deming. Reconocido como el patriarca de la calidad total desarrolló la mayor parte de su obra en Japón. Su filosofía se resume en sus 14 puntos. 1. Ser constante en el propósito de mejorar los productos y los servicios, lo importante no es hacer dinero, sino permanecer en el negocio a través de la innovación, la investigación constante y el mejoramiento de la calidad. 2 Adoptar la nueva filosofía, los errores y el negativismo son inadmisibles. 3. No depender más de la inspección masiva, la calidad no se

logra mediante la inspección sino mediante el mejoramiento del proceso, el corregir errores es excesivamente costoso por lo que es más económico prevenir 4 Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio. orientarse a la calidad y a las relaciones de largo plazo 5. Mejorar continuamente y por siempre el sistema de producción y servicio 6 Instituir la capacitación en el trabajo 7. Instituir el liderazgo, transformando la supervisión por la orientación. 8. Desterrar el temor, sobre todo en los empleados que se reprimen de ser propositivos 9 Derribar las barreras que haya entre áreas de staff, logrando articular toda la empresa 10. Eliminar los slogans, las exhortaciones y las metas para la fuerza laboral. 11. Eliminar las cuotas numéricas 12. Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce un trabajo bien hecho. 13 Establecer un vigoroso programa de educación y de reentrenamiento y 14 Tomar medidas para lograr la transformación.

El mismo Deming plantea las siete enfermedades mortales para la calidad:

- 1 Falta de constancia de propósito
2. Énfasis en las utilidades de corto plazo
- 3 Evaluación del desempeño, clasificación según el mérito
4. La movilidad de la gerencia
- 5 Manejar una compañía basándose únicamente en cifras visibles
6. Costos médicos excesivos y
- 7 Costos excesivos de garantía fomentados por abogados (22)

Joseph M. Juran. Define la calidad como la adecuación de un producto para el uso que tendrá. Esta definición está orientada fuertemente a las necesidades del consumidor y dice que ésta debe ser la consigna de calidad de una empresa que produce bienes o servicios. Su filosofía es medir el costo de tener calidad pobre, adecuar el producto para el uso, lograr conformidad con especificaciones, mejorar proyecto por proyecto y convencer a la empresa que la calidad es el mejor negocio. Su metodología está compuesta por detectar áreas de oportunidad, establecer metas de mejora, planear el logro de las

metas, brindar capacitación, emprender proyectos, registrar cualquier avance, brindar reconocimientos, comunicar resultados, evaluar y mantener el mejoramiento en procesos y sistemas (23)

Kaoru Ishikawa Su enfoque totalizador se sustenta en la afirmación de que mediante el control total de calidad con la participación de todos los empleados, incluyendo al presidente, cualquier empresa puede crear mejores productos o servicios a menor costo. Ishikawa dice que es posible lograr calidad en todos los pasos de todos los procesos y lograr una producción cien por ciento libre de defectos. No basta encontrar los defectos y fallas y corregirlos, lo que hay que hacer es encontrar las causas de los defectos y fallas. Su filosofía dice, primero la calidad no las utilidades de corto plazo, orientación hacia el consumidor, el proceso siguiente es su cliente y respeto a la humanidad. Su metodología consta del uso de siete herramientas estadísticas que son: cuadro de Pareto, diagrama causa efecto, estratificación, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión, gráficas y cuadros de control (24)

Philip B Crosby Su filosofía es cumplir en los requisitos para la producción de bienes y servicios deseables, buscar cero defectos en la producción y prevenir es más barato que corregir. Menciona que la calidad es gratis, tampoco es un regalo, pero es gratis en la medida que solo tienen que hacerse las cosas bien. Su metodología está conformada por 14 puntos, 1. Compromiso de la dirección 2. Equipos de mejoramiento de calidad 3. Medición de la calidad 4. Evaluación del costo de calidad 5. Concientización de la calidad 6. Acciones correctivas 7. Comité para el programa de cero defectos 8. Entrenamiento a supervisores 9. Día "cero defectos" 10. Establecimiento de metas 11. Establecimiento de causas de error 12. Reconocimiento 13. Consejo de calidad y 14. Repetir el ciclo (25)

Harrington Su filosofía consta de diez actividades básicas 1. Obtener el compromiso de la alta dirección 2. Establecer un consejo directivo del mejoramiento. Conseguir la participación total de la administración 4. Asegurar

la participación en equipos de los empleados 5 Conseguir la participación individual 6 Establecer equipos de control de procesos 7 Involucrar a los proveedores 8. Asegurar la calidad de los sistemas 9 Implementar planes de mejoramiento a corto plazo 10 Establecer un sistema de reconocimientos (26)

PRINCIPIOS UNIFICADORES⁽²⁷⁾

Dentro de la literatura existente de los iniciadores del movimiento de calidad es factible identificar conceptos concordantes entre ellos. Estos conceptos son conocidos como principios unificadores y son los siguientes:

- 1 Orientación al cliente
2. El liderazgo de la alta gerencia en el proceso de mejoramiento de la calidad
3. Enfoque sobre la mejora
- 4 Respeto por los empleados y su conocimiento ya que deben involucrarse activamente en el proceso de mejoramiento.
5. Reducción de la variación del producto y del proceso
6. Proporcionar educación y entrenamiento continuo a los empleados.
- 7 Familiaridad con la forma de pensamiento estadístico y el uso de los métodos estadísticos a través de toda la organización
8. Énfasis sobre prevención en lugar de detección
9. Visión de los proveedores como socios a largo plazo.
10. Medidas de desempeño que son consistentes con las metas de la organización
11. Estandarización, el desarrollo de la adherencia a las mejores formas conocidas para desempeñar una tarea dada.
- 12 La calidad del producto o servicio comienza con su definición y diseño.
- 13 La cooperación y el involucramiento de todas las funciones dentro de una organización
- 14 Tener en cuenta las necesidades de los clientes internos
15. Substancial cambio cultural

Avedis Donabedian En 1990 condensa su famosa trilogía de "Estructura-Proceso-Resultado" que define y organiza los factores que definen la calidad de la atención.

Estructura Son los atributos materiales y organizacionales relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención médica, también se le conoce como "diseño del sistema" Incluye las áreas físicas y los tipos de organización administrativa en que se lleva a cabo el proceso de la atención médica, los marcos legales, la serie de programas de atención médica, tipos de financiamiento y aspectos del personal médico y paramédico tales como, número, distribución, grado de formación profesional, ambiente de trabajo y motivaciones para el desarrollo Pueden concebirse como las características del medio dentro del cual se proporciona la atención, que lo hacen aceptable o deseable.

Proceso. Consiste en lo que los médicos y otros proveedores de la atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con la que lo llevan a cabo, además de lo que los pacientes hacen por sí mismos Se define como la etapa de ejercicio y desarrollo en el momento de otorgar la atención mediante la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente, considerando la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente Se puede considerar como la caja negra en que se sabe se está dando la atención pero no se conoce directamente como se está llevando a cabo, por lo que es necesario utilizar indicadores indirectos que ayuden a conocer el proceso a posteriori

Resultado. Se refiere a lo que se obtiene para el paciente supone un cambio en el estado de salud, para bien o para mal, que puede atribuirse a la atención bajo evaluación Además incluye conocimientos sobre la enfermedad, cambios en la conducta del paciente que conducen a la salud y a la satisfacción del mismo. La satisfacción del paciente constituye un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover, contribuye a hacer que el paciente

participe de una manera más efectiva y su satisfacción o descontento sean un juicio sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados. Tales resultados pueden clasificarse en clínicos, fisiológicos, bioquímicos, físicos, psicológicos, sociales e integradores.

En su trilogía de evaluación existe una relación demostrada o superpuesta entre sus elementos, de tal manera que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y a su vez un buen proceso incrementa las posibilidades de un buen resultado. De manera similar, si los resultados son aceptables, es posible inferir con alto grado de probabilidad que el proceso que los antecedió fue bueno.

Existen diferentes ideas con respecto a la utilidad de esta trilogía para la evaluación de la calidad de la atención. Algunos comentan que la estructura no es suficientemente sensible o específica para monitorizar el desempeño continuo. Mientras que los resultados son la única prueba final de que el desempeño fue bueno, aunque también existen dificultades para atribuir los resultados obtenidos a la atención proporcionada ya que no todos los resultados son atribuibles fácil ni exclusivamente a los procesos y no todos los procesos dependen directa y unívocamente de la estructura.

Aún considerando lo antes mencionado, las experiencias internacionales indican que es válido utilizar criterios con énfasis en estructura, proceso o resultados de manera individual o utilizarlos en conjunto (23).

ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS MÉDICOS BANCARIOS

Las instituciones bancarias y financieras desde su creación, han tenido un carácter especial en el manejo de su personal. Desde el momento de la selección y permanencia de sus empleados generalmente han sido estrictas en

cuanto a la aplicación de criterios que especifican la idoneidad social, psicológica y de preparación técnica o profesional para incorporar y mantener a una persona dentro de su planta de personal. No obstante estos criterios de selección para el empleado promedio es deseable trabajar en instituciones de este tipo debido a que la aplicación de estas reglas otorga un carácter de elitismo a sus empleados, de esta forma la gente que trabaja para instituciones de este tipo adquiere una cierta posición de ventaja sobre el resto de los asalariados debido a la posibilidad de disfrutar de ciertas prestaciones que no son comunes en el ámbito laboral.

Entre las ventajas más sobresalientes están salarios generalmente competitivos, otorgamiento periódico de vales para ropa efectivos en tiendas departamentales de reconocido prestigio, otorgamiento periódico de vales para despensa, acceso a créditos en efectivo o para adquirir bienes muebles o inmuebles con descuento por nómina y a muy bajas tasas de interés, incentivos económicos por desempeño, premios o comisiones por cumplimiento de metas y servicios médicos de seguridad social con médicos e instituciones privadas.

La mencionada prestación de seguridad social con médicos e instituciones privadas ha sido particularmente importante en el ámbito bancario y por ello objeto de innumerables luchas sindicales ante la posibilidad de perder esta prerrogativa. Incluso ante el hecho de que el personal de algunas instituciones bancarias se ha incorporado a la seguridad social otorgada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, gran parte de la población bancaria ha visto amenazada su situación ante la tentativa de generalizar esta medida.

Inicialmente las instituciones bancarias decidieron otorgar esta prestación como un esfuerzo por proporcionar mejores condiciones de seguridad social para sus empleados, estableciendo un convenio con el IMSS, mediante el cual, en lugar de aportar las cuotas de ley al mencionado instituto, los fondos correspondientes se aplicarían a la creación y mantenimiento de servicios de seguridad social contratados por la empresa financiera. En este contexto, el

empleado bancario disfruta los beneficios de la seguridad social apegándose a lo estipulado por la Ley del Seguro Social, pero con servicios de salud privados a los que el trabajador y sus derechohabientes acuden y reciben atención en sus distintas etapas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según el caso lo amerite. (29)

Para el trabajador esta es una prestación importante pues sin lugar a dudas considera los servicios de salud privados mejores que los otorgados por la seguridad social que brinda el Estado. A través de esta prestación puede acceder a servicios de consulta médica de primero, segundo y tercer nivel, servicios odontológicos, psicológicos, hospitalización en segundo y tercer nivel, estudios especializados de laboratorio y gabinete, así como terapia de rehabilitación. Todo ello sin límite en cuanto a recursos humanos, financieros o materiales, siempre y cuando se encuentre contenida en la Ley del Seguro Social, el tipo de atención requerida. (29)

Para proporcionar esta variante de seguridad social, las instituciones bancarias establecen contratos con los distintos profesionales de la salud e instituciones de atención médica, mediante los cuales se estipulan las características de la prestación del servicio, otorgando el banco el pago por servicios previamente negociados

Si bien para el empleado es favorable esta prestación, para la institución financiera ya no lo es tanto, debido a que los servicios de salud han tenido un desarrollo vertiginoso asociado al encarecimiento de los mismos principalmente por el uso de tecnología cada vez más sofisticada, la cual por ley, deberá estar disponible para los pacientes que así lo requieran. Por ello, las instituciones financieras ven con preocupación este aspecto, pues cada día tienen que invertir más recursos económicos para mantener esta prestación.

La institución bancaria motivo de la presente investigación es tan solo un ejemplo de lo que sucede en muchas instituciones bancarias y financieras que cuentan con este tipo de prestación para sus trabajadores.

La puerta de entrada a los servicios de salud es en forma ordinaria el primer nivel, conformado por médicos generales o familiares, ginecólogos, pediatras y odontólogos que son consultados por el paciente por propia iniciativa sin trámite de por medio. En estos servicios se atiende al paciente y puede prescribirse tratamiento farmacológico, mismo que se hace efectivo surtiendo la receta en las farmacias privadas afiliadas al sistema. Para ello se cuenta con un cuadro básico de medicamentos que en general es 40% más amplio que el cuadro básico oficial y en el caso de medicamentos no contemplados en el cuadro básico, éstos se pueden surtir previa autorización del área administrativa del servicio médico bancario (30)

En el caso de que el paciente requiera estudios de laboratorio o gabinete, el médico puede indicarlos para que el paciente se los practique sin trámite de por medio, en los laboratorios y gabinetes privados afiliados al sistema. Solo en el caso de estudios de tomografía en sus distintas variantes: resonancia magnética nuclear, tomografía computarizada con emisión de fotón único (SPECT) y en general estudios de alta tecnología, se requerirá autorización por el área administrativa del servicio médico.

El médico de primer nivel puede referir al paciente a la consulta de segundo nivel de atención y será el área administrativa del servicio médico quien autorizará la referencia y especificará con qué profesional es enviado el paciente, siguiendo criterios de accesibilidad geográfica y las particularidades del caso en cuestión (31)

Para acceder a la consulta externa del tercer nivel, es necesario que el médico elabore el pase correspondiente y éste sea autorizado por el área administrativa del servicio médico.

Los estudios especializados tales como resonancia magnética nuclear, tomografía computarizada en sus diferentes variantes, SPECT y gammagrafías requieren autorización por el área administrativa

Para ingresar a los hospitales del sistema se puede hacer por la vía de urgencias en la cual no se requiere mayor trámite que la indicación por parte del médico tratante incorporado al sistema. La otra alternativa para ingresar es mediante la orden de internamiento para tratamiento médico o cirugía casos en los que se requiere la autorización del área administrativa y en el caso de procedimientos quirúrgicos electivos, éstos deben contar con la aprobación del comité de cirugía del banco el cual sesiona de manera semanal. Los procedimientos quirúrgicos de urgencias no requieren la autorización previa (31)

El servicio médico bancario selecciona las instituciones hospitalarias que le proporcionan servicios, con base en criterios de ubicación geográfica buscando que sean accesibles a la distribución de su población derechohabiente. Además, se considera la capacidad resolutive de la institución, procurando que cuente con la infraestructura necesaria para brindar servicios de tercer nivel, aunado a la relación costo beneficio favorable para el banco.

De igual forma, selecciona a los laboratorios y gabinetes que le dan servicios. Y para seleccionar a los médicos, odontólogos y psicólogos que proporcionan servicios de consulta externa, considera criterios de accesibilidad geográfica, instalaciones satisfactorias, competencia profesional y trayectoria académica de los prestadores de servicios así como una relación costo beneficio favorable para el banco

El servicio médico de la institución motivo de esta investigación se divide en servicio médico para el área metropolitana y servicio médico para el interior de la República. La población de trabajadores de la institución en el área

metropolitana se compone de 4,987 empleados, distribuidos en sucursales de la institución del Distrito Federal y municipios conurbados del Estado de México, tales como Naucalpan, Tlalnepantla, Atizapán, Ecatepec, Coacalco y Netzahualcóyotl. A su vez, los empleados pueden asegurar derechohabientes según lo estipulado por la Ley del Seguro Social los cuales alcanzan una cifra de 6.013 beneficiarios haciendo un total de 11,000 usuarios potenciales de los servicios de salud. (32)

El área administrativa del servicio médico bancario, se ha ocupado recientemente de aplicar medidas de control de costos dado el constante incremento de los recursos a invertir para mantener operando el servicio, sin obtener resultados satisfactorios ya que en los últimos años se ha calculado un incremento de costos de aproximadamente 19% anual. Es por ello, que existe la necesidad de encontrar la forma de contrarrestar tales incrementos sin sacrificar la operación del servicio ni los niveles de calidad que actualmente se tienen (33)

MARCO TEORICO

Como en todo tema, es importante tener claridad de concepto, sin embargo, dentro del tema evaluación de la calidad de la atención médica, los conceptos suelen confundir en lugar de aclarar, debido a que existe una gran diversidad de definiciones

Desde el punto de vista etimológico, calidad y cualidad son parónimos es decir, tienen la misma raíz.

Calidad; del latín *qualitas*, conjunto de cualidades de una persona o cosa. Carácter, índole, importancia, calificación (Diccionario Larousse)

Cualidad; del latín *qualitas*, lo que hace que una persona o cosa sea lo que es. Propiedad, carácter, atributo, don, virtud, modalidad, modo. (34)

Según Donabedian, en su esencia, calidad significa conformidad con normas y al respecto hace más de medio siglo Lee y Jones reconocieron en su admirable exploración del concepto de calidad, que tales normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. (35)

Calidad es dar al cliente lo que requiere, ya sea un producto o un servicio adecuado para su uso y hacer esto de tal modo que cada tarea se realice correctamente desde la primera vez (Ralph Barra).

Kasuga de Yamazaki la define como la ventaja competitiva que asegura la permanencia en el mercado (36)

La calidad no siempre es el servicio que se presta, sino la imagen que la gente toma del servicio

Según la Norma para la Garantía de la Calidad de la Atención Médica, define a la calidad como una propiedad de la atención médica que puede analizarse desde un punto de vista técnico y humano. El técnico se refiere a la forma en que la ciencia y la tecnología médica se aplica de manera que rindan el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El humano se refiere al grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares y que es fundamental para la calidad de la atención médica. (16)

Según Deming, calidad es el grado predecible de uniformidad y funcionalidad de un producto o servicio que a bajo costo satisface al mercado. (22)

Para Juran, la calidad es la adecuación de un producto o servicio para el uso que tendrá. (23)

Al respecto Ishikawa dice que practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor. (24)

La calidad es la pérdida mínima provocada por un producto a la sociedad desde el momento en que es embarcado. Un artículo con calidad es aquel que actúa conforme a las funciones pretendidas sin variabilidad, y que causa poca o ninguna pérdida por efectos colaterales, incluyendo el costo de su utilización (Taguchi)

Calidad es cumplir con los requisitos del cliente. (Crosby)

Algunos elementos comunes expresados por estos autores son:

*La satisfacción del cliente.

*La obtención del producto o servicio a bajo costo.

*El cumplirse las promesas de ventas a los clientes

*El cumplir las expectativas a los consumidores, sin embargo esto es realmente difícil porque los clientes tienen movimiento en sus expectativas, suelen modificarse con el tiempo y las experiencias. Con facilidad las expectativas son imprecisas, inestables, cambiantes, exigentes, caprichosas etc.

Con respecto al término evaluación y específicamente evaluación de la atención médica, destacan los siguientes conceptos

En el Tercer Congreso Americano de Medicina de Seguridad Social, celebrado en Panamá en 1972 se le conceptualizó como la acción de atribuir mérito o valor (27)

González Posada, Marceio Anaya y Cabrera Hidalgo, en 1984, la consideraron como comparar una situación, acción, hecho o resultado con un indicador promedio o con otros con características similares o norma de calidad preestablecida (27)

La Subdirección General Médica del IMSS, en 1978 la definió como un conjunto de procedimientos establecidos con el fin de identificar en las acciones realizadas o en sus resultados, el apego o alejamiento de los objetivos previamente señalados. Su evidente finalidad es corregir, adecuar y hasta modificar sustancialmente los planes iniciales

La Ley General de Planeación en 1982, la conceptualizó como la acción de cotejar periódicamente previsiones y resultados a fin de realimentar las actividades de formulación e instrumentación, con lo que se cierra el ciclo médico administrativo y se asegura el carácter flexible y dinámico de todo proceso de planeación (37)

El Sistema Nacional de Planeación Democrática en 1984 conceptualiza a la evaluación como el conjunto de actividades que permiten valorar cuantitativa y cualitativamente los resultados de la ejecución del plan y los programas en un

lapso determinado, así como el funcionamiento del propio sistema. Es además un instrumento indispensable para conocer la forma y medida en que se van alcanzando los objetivos y metas propuestas. (38)

Dentro de todo este proceso evaluativo, la atención médica es el objeto de estudio, entendida como el proceso que tiene relación con la enfermedad desde su prevención, diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación. En este contexto, Fajardo Ortiz entiende por atención médica, "Todas aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud, que actuando sobre las personas en forma directa, promueven la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral" (12).

Según la Norma para la Garantía de la Calidad de la Atención Médica, ésta es "El conjunto de acciones y procesos que se llevan a cabo por parte del médico para atender las demandas de los pacientes". (16)

Considerando los conceptos previamente mencionados, abordamos la conceptualización de la calidad de la atención médica. La Secretaría de Salud a través de la Norma Técnica, define la calidad de la atención médica, como el análisis metodológico que permite determinar las características del proceso y de sus resultados de la atención que se presta en los servicios, a través de juicios de valor basados en criterios vigentes en cada institución. (16)

Lee y Jones definieron el concepto de buena atención como la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado.

La Norma para la Garantía de la Calidad de la Atención Médica define la calidad de ésta como el grado de satisfacción de las necesidades de salud, de acuerdo al tipo de instalaciones y recursos utilizados, en concordancia con la complejidad del daño a la salud que se atiende, las expectativas del usuario, el prestador y de la institución. (16)

Donabedian la define como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica por definición resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma. (28)

Es importante señalar que de acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que puede interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes; una técnica representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente y una interpersonal representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo. (35)

En el devenir de los acontecimientos, se ha intentado aplicar al medio de la salud, conceptos extraídos de las empresas productoras de bienes y servicios distintos a la atención médica. Uno de dichos conceptos es garantía de calidad

La Federación Latinoamericana de Hospitales, define la garantía de calidad como un subprograma que garantiza a cada paciente la atención, diagnóstico o terapéutica específica según corresponda, para lograr un resultado óptimo de acuerdo con los avances recientes de la medicina y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el esquema terapéutico pertinente. (39)

Ruelas y colaboradores la definen como, asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, (estructura y proceso), sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo. Y operacionalmente la define como conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que

incrementen los riesgos a los pacientes, a través de monitoría, evaluación, diseño desarrollo y cambios organizacionales. (18)

Donabedian la define como, aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica monitorizada Y sus resultados son seguidos, de tal manera que se identifiquen las deficiencias y se lleven a cabo las correcciones necesarias que conduzcan a un mejoramiento en la salud y el bienestar de los individuos (35)

Frenk la define como un proceso sistemático que se dirige a cerrar la brecha entre el desempeño actual y los resultados esperados de la atención proporcionada de acuerdo con la frontera tecnológica de un sistema específico. (40)

La calidad de la atención en servicios de salud puede enfocarse desde diferentes puntos de vista en función de expectativas del paciente, del prestador de servicios y de la institución.

Expectativas de la institución:

- *La institución pretende que la atención sea proporcionada con oportunidad
- *Con calidad conforme a las normas y programas que la propia institución emite o en acuerdo con otras instituciones.
- *Dentro de los rangos de productividad esperados
- *Acorde con el presupuesto de costo calculado
- *Abatimiento de la mortalidad
- *Ausencia de quejas.

Expectativas del trabajador:

- *El trabajador espera lograr satisfacción en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención con instalaciones, equipo e instrumental apropiados.

*Coordinación y apoyo de las diferentes áreas que participan en la atención de los pacientes

*Reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas

*Remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo

Expectativas del paciente

*Los pacientes esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos

*Atención con cortesía y en forma oportuna.

*Un ambiente agradable en cuanto a iluminación, ventilación, temperatura, privacidad, comodidad, orden y aseo

*Información suficiente por parte del personal administrativo, médico y paramédico

*Recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto equipo, material de consumo suficiente, disponible, adecuado, funcionando correctamente y en buen estado de conservación.

*Personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad, capacidad profesional y técnica para el tipo y nivel de atención que se otorga

*Realización óptima del proceso de atención, en cuanto valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruente con el problema de salud de que se trate.

*Establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable

*Resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema que motivó la búsqueda de atención

*Egreso del servicio de salud en ausencia de complicaciones como efecto de la atención

En el caso específico del paciente, las expectativas determinarán en una importante medida el grado de satisfacción que obtenga como resultado de la atención médica. Así, en el caso del paciente que tiene muy altas expectativas

de un servicio de salud, será poco probable que logre un nivel elevado de satisfacción aún con un servicio de alta calidad. Por el contrario, en el caso de un paciente con muy bajas expectativas de un servicio de salud, es muy probable que logre mayores niveles de satisfacción aún con servicios de calidad media o baja (41)

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Por otro lado, el término satisfacción del cliente es bastante complejo, lo cual hace obligada su especificación. En el sentido que lo expresa Deming, la satisfacción del cliente es un alto grado de consistencia, uniformidad y confiabilidad en: cantidad, calidad del producto, costo, servicio, tiempo de entrega, disponibilidad, resistencia, duración, seguridad, funcionalidad, atención personal, rendimiento, precisión, facilidad de instalación, economía de mantenimiento, accesibilidad, facilidad de manejo, comodidad, elegancia, novedad, diseño, precio, oportunidad, adaptabilidad, presencia y compatibilidad.

Si bien el mencionado concepto no es del todo aplicable a los servicios de salud, sí posee algunos aspectos que son dignos de rescatarse y aplicarse a la dinámica de satisfacción del paciente que utiliza un servicio de salud.

La satisfacción del cliente o paciente también puede ser entendida como la reacción o actitud que muestra hacia los aspectos más relevantes de la estructura, proceso y resultados de su interacción con los servicios de salud. En este concepto se considera una importante carga de procesos psicológicos que determinarán el nivel de satisfacción, en donde la emotividad y la parte cognoscitiva juegan un papel determinante (42)

Las investigaciones sobre la satisfacción del paciente, por una parte responden a una presión social de búsqueda de mejores productos o servicios manifiesta a través de la demanda concreta de estas características por parte de los consumidores. Por otro lado, obedece a la evidencia inicialmente empírica y hoy ampliamente comprobada, de que la satisfacción del paciente es un indicador indirecto de su nivel de utilización de servicios sanitarios y de su adecuado apego y cumplimiento de las prescripciones médicas. Y así la satisfacción del paciente es considerada como un determinante de la futura utilización de servicios de salud, o bien, como una consecuencia de la actual utilización de servicios. (43)

Tomando en cuenta estas consideraciones, la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de la atención. Y a este respecto la satisfacción puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención.

La evaluación de la calidad que hace el paciente, expresada como satisfacción o insatisfacción, puede ser notablemente detallada. Podría concernir a los escenarios y amenidades de la atención, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado. Una suma y un balance subjetivos de estos juicios detallados representaría la satisfacción total.

Las investigaciones orientadas a encontrar evidencias fidedignas de los motivos de satisfacción o insatisfacción del cliente dieron inicio a mitad de la década de los 50', motivadas por la inquietud de conocer los aspectos más estrechamente relacionados con la satisfacción. En la década de los 70' cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, aspecto ligado a estudios de mercado dirigidos a incrementar la captura de usuarios, lo que conduce en paralelo a considerar la variable satisfacción como una medida última de la calidad que se ofrece en el producto o servicio.

La conceptualización predominante durante esta época es la de E. Koos (1954) y Avedis Donabedian (1966), para quienes la satisfacción del paciente es ante todo, una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente (44)

Más recientemente Cafferata y Roghmann (1978) han sugerido que la satisfacción del usuario puede ser entendida como un insumo a esa interacción, en el sentido de que se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y que condiciona su conducta ante el profesional de la salud. (45)

Para A. Donabedian, la satisfacción del paciente con los servicios de salud, es un aspecto importante para determinar la calidad de la asistencia sanitaria que se presta entendiéndola como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud. A pesar de los más de veinte años transcurridos desde esta afirmación de Donabedian, el concepto sigue vigente y él mismo lo reafirma, entendiéndolo hoy la satisfacción del paciente como una medida de garantía de calidad, como un resultado puntual de la asistencia prestada por un profesional, un dispositivo sanitario o la red asistencial en su conjunto. Y en opinión de José Joaquín Mira y colaboradores, más que un aspecto objetivo de esa calidad, cabría hablar de calidad sentida o de los aspectos subjetivos de la calidad de la asistencia (43)

La satisfacción del paciente es considerada como un elemento deseable e importante en la actuación médica. Entre los autores más influyentes en el tema hay quienes identifican la satisfacción del paciente con cantidad y calidad de la información que reciben y basan en la comunicación con el paciente el criterio de satisfacción versus insatisfacción (46)

Otros como Huika, entienden que la satisfacción del paciente se compone de la suma de la satisfacción con la competencia profesional del médico, de su calidad personal y de los costos e inconvenientes de los cuidados prescritos. Y

en conjunto con Ware definen 10 factores: accesibilidad/conveniencia de los cuidados, disponibilidad de los recursos; continuidad de los cuidados, eficacia/resultados de los cuidados, financiación y humanización, prestación de información al paciente, posibilidad de acceso a la información, competencia profesional y ambiente favorecedor de los cuidados. (47)

Wolf y colaboradores en 1978, consideran tres dimensiones al hablar de satisfacción del usuario: 1) cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que da el médico); 2) afectiva (interés y comprensión que demuestra) y 3) comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del profesional). (48)

En los más recientes estudios de satisfacción del paciente, se han adoptado las aportaciones de los citados autores y en diversas revisiones del estado del arte, se han recopilado los aspectos mencionados como las dimensiones más frecuentemente evaluadas y más ampliamente demostrada su relación con la satisfacción del paciente. Una revisión integradora especifica las dimensiones más sobresalientes de la manera siguiente: calidad en general, humanidad, competencia, resultado, facilidades, continuidad de cuidados, acceso, información, costo, burocracia y atención a problemas psicosociales. (49)

Hoy en día los estudios de satisfacción del paciente suelen abordar con frecuencia estas dimensiones, pues está claramente fundamentada su relación con la satisfacción del usuario en particular y con la calidad en general. (50)

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente, que son asuntos sobre los que éste último es la autoridad máxima. La medición de la satisfacción es por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. Administrar la satisfacción del paciente, involucra la creación e implantación de una estructura que le permita al profesional de los

servicios médicos, utilizar la información que proveen los resultados y análisis de las encuestas de satisfacción para enfocar sus esfuerzos hacia un compromiso real por satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus pacientes y de esta manera competir con mayores aciertos en un mercado de alta competitividad como el que actualmente conforman los servicios de salud privados en nuestro país, además de satisfacer las expectativas de un paciente cada vez más demandante de mayores niveles de calidad. (44)

Las investigaciones sobre satisfacción del cliente son importantes en la medida en que ayudan al directivo en la planeación y mejoramiento de sus actividades clínicas, ayudan a identificar problemas en el proceso administrativo, permiten ajustar metas en los programas de salud, sirven para estudios de mercado en la apertura de nuevos programas o servicios, mejoran el clima de la organización tanto al interior como al exterior, establecen estándares de desempeño, mejoran o previenen los riesgos en la práctica administrativa y finalmente son relativamente poco costosos en función de la cantidad e impacto de los beneficios que pueden otorgar (51)

De esta forma la satisfacción del cliente actualmente es considerada como el núcleo de una buena práctica profesional, cualquiera que sea el medio en que ésta se desenvuelva. Existen muchos detractores de las evaluaciones de satisfacción de usuario que argumentan el hecho de que el paciente no posee suficiente información técnica o científica para calificar la calidad de un servicio de salud tan solo a través de la subjetividad de su experiencia. Sin embargo, el fin último en la existencia de los servicios de salud es el paciente, sin él no tiene razón de ser ningún servicio de salud, por ello es necesario revalorar la importancia que tiene para orientar la operación de los servicios de atención médica a las necesidades y expectativas del usuario (52)

Si bien es cierto que el paciente suele tener limitaciones científicas y técnicas para juzgar los servicios de salud, es necesario lograr un equilibrio y acuerdo

entre lo que el médico cree que requiere el paciente y lo que el paciente cree que requiere para restablecer o mantener su salud como objetivo final

Al implantar calidad es preciso recordar que es un proceso administrativo y, por tanto, debe ser planeada, organizada, integrada, controlada y mejorada. Juran lo ha planteado de la manera siguiente:

Planear la calidad se compone por identificar el producto, identificar al cliente, identificar requisitos del cliente y fijar requisitos a proveedores

Elaborar la calidad se compone de precisar procesos, establecer mediciones e indicadores, determinar metas y plantear medios para lograr metas

Controlar la calidad se compone de observar y controlar la acción.

Mejorar la calidad se compone de introducir métodos de mejoramiento.

El mismo Juran plantea que una vez que se aclaran los distintos elementos, es preciso resaltar la importancia determinante de los factores en juego, tales como recursos financieros, recursos materiales, recursos tecnológicos, recursos humanos y recursos administrativos. (23)

La calidad para ser implantada y sobre todo mediante su vertiente satisfacción de usuario, requiere de un plan completo, no se le puede instalar a plazos, cuenta con una filosofía propia y por esto debe ser vista como un cambio conceptual de la gerencia. Debe ser armada como un sistema global y articularse apropiadamente en la empresa donde se desea implantar, debe ser aplicada y ejemplificada desde el más alto nivel de la empresa, debe implementarse cotidianamente hasta formar parte de la cultura de la empresa y una vez iniciada no debe ser suspendida ni siquiera por momentos, pues es probable que a veces se tomen decisiones al margen del sistema de calidad de la empresa perjudicando la credibilidad en el sistema. (53)

Como se ha mencionado previamente, en las evaluaciones de calidad en general y en particular de satisfacción del cliente, es necesaria la creación de indicadores, mismos que favorecen la autonomía de gestión y una mayor participación de los clientes y proveedores en el mejoramiento del servicio.

El indicador se define como un instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad con respecto a una unidad de medida convencional, matemáticamente es una relación cuantitativa entre dos cantidades de un mismo fenómeno o fenómenos diferentes que adquieren importancia cuando se les compara con otras a través del tiempo o con indicadores preestablecidos (54)

Los indicadores sirven de guías en la acción al apoyar de manera objetiva la toma de decisiones, obtienen resultados objetivos en apoyo de la planeación y evaluación, permiten conocer el resultado de modificaciones en procesos y permiten conocer la tendencia de fenómenos.

CAPÍTULO III

JUSTIFICACIÓN Y TRASCENDENCIA

Hoy en día las evaluaciones de la calidad de la atención en servicios de salud no deben tener como finalidad única el satisfacer una mera curiosidad, sino que los resultados obtenidos deben aplicarse como insumo en alguna parte del sistema a favor de la eficiencia. En este contexto la presente investigación no sólo pretende determinar el nivel de satisfacción de los usuarios de un Servicio Médico Bancario en el área metropolitana, del cual no se tiene actualmente un dato suficientemente fundamentado, sino además cuál o cuáles de las dimensiones relacionadas con la satisfacción del paciente tienen una mayor problemática, afectando de esa manera la satisfacción global.

Actualmente en los servicios de salud, existe la preocupación constante en relación a los crecientes costos por los servicios prestados y más aún en aquéllos que funcionan como de seguridad social, tal es el caso de los servicios médicos de tipo bancario, los cuales subrogan esta prestación de seguridad social para sus empleados y beneficiarios con médicos e instituciones de salud privadas.

La institución motivo de este estudio en 1999 contaba con 4,987 empleados y 6,013 beneficiarios, haciendo un total de 11 000 derechohabientes tan solo en área metropolitana. El costo de los servicios médicos para esta población durante el primer semestre de 1999 fue de \$26'573,483.04. Comparando este dato con los registrados en años anteriores es evidente un incremento significativo de aproximadamente 19% anual, no obstante los programas de control de costos y reducciones en el personal asalariado.

Investigaciones previas acerca del uso de este Servicio Médico, reportan que es frecuente el uso inapropiado de la prestación por parte del empleado y sus beneficiarios, incrementando sustancialmente los costos de manera no

justificada pues se han encontrado los siguientes problemas. un número excesivo de consultas por derechohabiente; así como casos en los que un mismo paciente consulta a dos o tres médicos para el mismo padecimiento al mismo tiempo, uso de los servicios de urgencias por motivos no justificados, falta de continuidad y apego a las indicaciones médicas y la búsqueda frecuente por parte del derechohabiente de otras alternativas y segundas opiniones dentro de los recursos médicos que incluye la prestación para satisfacer sus inquietudes

En el momento en el que se cuestiona al derechohabiente acerca del motivo del uso inapropiado de la prestación, la respuesta más frecuente fue insatisfacción con la atención recibida y por ello la búsqueda de alternativas diferentes

Por tanto, de acuerdo con las bases teóricas expuestas en los antecedentes de esta investigación. si se considera que el nivel de satisfacción del paciente repercutirá en la utilización posterior que haga de sus servicios de salud, así como en el apego y cumplimiento de indicaciones médicas en beneficio de su evolución, es importante determinar el nivel de satisfacción del paciente así como identificar qué dimensiones de la satisfacción tienen una mayor problemática para la población en cuestión y sean áreas de oportunidad susceptibles de mejoría en beneficio de un uso eficiente de los recursos destinados a la salud, logrando la ideal transformación de que la salud sea una inversión y no un gasto.

Con esta investigación se pretende aportar información que permita al sistema evaluar su operación. realimentándole para corregir desviaciones a los objetivos que lo sustentan.

Considerando que es el usuario de los servicios de salud quien justifica su existencia y a quien debe estar dirigida su operación, es de importancia el tomar en cuenta su opinión como cliente externo de los servicios, con respecto

a qué tan satisfactoria es la prestación que recibe y cuál o cuáles de sus dimensiones le representan mayor problemática

Al determinar las dimensiones que afectan negativamente la satisfacción del paciente, éstas serán susceptibles de corregirse mejorando el nivel de satisfacción del paciente con lo que será más probable que éste haga un uso más apropiado de sus servicios de salud.

Lo anterior también beneficiará la efectividad y la eficiencia de este servicio de salud.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se caracteriza como prospectiva, transversal explicativa y observacional

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

I. DIMENSIÓN TRATO HUMANO

Son aquellos factores que hacen de la relación médico paciente, una interacción agradable, cálida, plena de valores socialmente aceptados y válidos dentro de la ética profesional.

1 Respeto por el paciente

Es la protección que mantiene el equipo de salud, de los valores del paciente, sus derechos, intimidad e integridad física y mental

2. Interés por su padecimiento

Es la disponibilidad que muestra el médico para conocer las particularidades de la enfermedad del paciente mediante el interrogatorio dirigido y la libertad de tribuna para que el paciente relate su caso.

3. Cordialidad

Son las atenciones socialmente aceptadas, fundamentadas en las reglas de urbanidad que prodiga el médico hacia el paciente haciendo de la relación un clima propicio para la interacción.

4. Amenidades

Son las características del ambiente donde se da la relación médico paciente que hacen que la interacción sea confortable, tales como limpieza, iluminación, ventilación y comodidad de las instalaciones.

II. DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD

Son las características que facilitan o dificultan el contacto entre el usuario y el prestador de los servicios de salud

1. Accesibilidad geográfica

Son las características de cercanía o lejanía entre el sitio donde habita el usuario y el sitio en que se ubican los servicios de salud, así como la existencia de vías y medios de comunicación adecuados, que no hagan exceder el tiempo de una hora de transporte en ruta directa al servicio de salud correspondiente y más cercano al usuario.

2. Accesibilidad económica

Son aquellos factores de índole monetaria que facilitan o dificultan el contacto entre el usuario y los servicios de salud, tales como desembolsos extra. pagos

por conceptos que están fuera de la cobertura de la prestación de seguridad social o fuera de las posibilidades presupuestarias del usuario

3 Accesibilidad cultural

Son aquellas características del servicio de salud que pueden facilitar o dificultar el contacto y entendimiento entre prestador y usuario, tales como compatibilidad entre las ideas, creencias y costumbres del usuario y las del servicio de salud.

III. DIMENSIÓN COMPETENCIA PROFESIONAL

Son aquellos conocimientos y habilidades técnico profesionales que dan al prestador de servicios de salud, los méritos suficientes que le permiten estar capacitado para otorgar un servicio con la calidad técnica necesaria para obtener resultados favorables.

1. Actualización

Es la percepción del usuario acerca del médico en relación a que posee los conocimientos más recientes y domina los avances en la materia que le permiten prestar un servicio acorde con el estado del arte.

2. Confiabilidad

Es la percepción del usuario en relación a que el médico posee los conocimientos y habilidades necesarias para ejercer las actividades profesionales de manera que el paciente pueda depositar su confianza en la veracidad de los hallazgos clínicos, juicios diagnósticos y en la idoneidad de los tratamientos establecidos.

3 Equipamiento

Es la utilización de los recursos materiales y tecnológicos necesarios e indispensables en el sitio donde se presta el servicio, para establecer de manera adecuada el diagnóstico e instituir los tratamientos necesarios

IV. DIMENSIÓN INFORMACIÓN RECIBIDA

Es la serie de conocimientos que el paciente obtiene acerca de su padecimiento, causas, desarrollo, tratamientos y pronóstico mediante la comunicación que se establece entre ambos, tanto por iniciativa del médico como del paciente.

1. Información sobre el padecimiento

Es la comunicación que se establece entre el prestador del servicio y el paciente, para hacer del conocimiento de este último la naturaleza y tipo de su padecimiento

2. Información sobre el tratamiento

Es la comunicación que se establece entre el prestador del servicio y el paciente, para hacer del conocimiento de este último el tratamiento que ha decidido instituir, comunicando su justificación, características e instrucciones para su adecuada aplicación

3. Información sobre el pronóstico

Es la comunicación que se establece entre el prestador del servicio y el paciente para hacer del conocimiento de este último, el curso que seguirá su padecimiento y su relación con la mejoría y curación

4 Respuesta a interrogantes

Es la comunicación que se establece entre el prestador del servicio y el usuario, permitiéndole a este último obtener la información suficiente, clara y objetiva que le permita resolver sus dudas, previo cuestionamiento específico en relación a su padecimiento

V DIMENSIÓN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

Son los efectos obtenidos de la interacción entre el usuario y el prestador de servicios de salud, tanto favorables como no favorables, con base en las expectativas de ambos

1. Logro de la curación o mejoría

Es la obtención de solución a la problemática de salud, planteada por el paciente al prestador de servicios de salud, permitiéndole al usuario obtener la curación de su padecimiento o la mejoría cuando lo anterior no sea posible según el estado del arte

2. Idoneidad del tratamiento

Es la percepción del paciente en relación a que el tratamiento instituido ha sido el más conveniente para su padecimiento y características individuales, permitiéndole obtener la curación o mejoría.

3. Retorno al servicio de salud en lo sucesivo

Es la posibilidad de que el paciente considere su regreso al servicio de salud consultado, en caso de que en lo sucesivo presente un problema de salud que requiera atención médica, considerando a dicho servicio como su primera opción a consultar en caso de necesidad.

VI DIMENSIÓN TRÁMITES BUROCRÁTICOS

Es la serie de trámites administrativos que es necesario realizar por parte del usuario para que pueda recibir la atención de servicios de salud que requiera según sus necesidades, así como obtener su tratamiento o acceso a estudio especializado

1. Trámites para recibir atención inicial

Es la serie de trámites de índole administrativa que es necesario realizar por parte del usuario para acceder a la atención médica de primer contacto, según sus necesidades

2. Trámites para su tratamiento

Es la serie de trámites de índole administrativa que es necesario realizar por parte del usuario para poder disponer oportunamente del tratamiento prescrito por el médico

3 Trámites para estudio especializado

Es la serie de trámites de índole administrativa que es necesario realizar por parte del usuario para poder acceder a la realización de estudios especializados según su padecimiento.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	REACTIVO	INDICE	VALOR	PUNTAJE	ESCALA
Trato humano	Respeto por el paciente	1 El médico siempre se muestra respetuoso con mi persona	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5	5	Intervalo
	Interés por su padecimiento	2 El médico siempre muestra interés por mi padecimiento	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		
	Cordialidad	3 El médico siempre se muestra amable en su trato	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		
Amenidades		4 El sitio donde recibo los servicios de atención médica es un lugar confortable	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo
			-En desacuerdo	2		
			-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3		
			-De acuerdo	4		
Accesibilidad	Accesibilidad geográfica	5 Para recibir atención médica no tengo que invertir más de una hora en desplazarme	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo
			-En desacuerdo	2		
			-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3		
			-De acuerdo	4		
Accesibilidad económica		6 El uso de los servicios de atención médica no implica que tenga que hacer desembolsos no planeados	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo
			-En desacuerdo	2		
			-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3		
			-De acuerdo	4		
Accesibilidad cultural		7 Los servicios de atención médica son acordes a mis costumbres	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo
			-En desacuerdo	2		
			-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3		
			-De acuerdo	4		
			-En total acuerdo	5		

VARIABLE	INDICADOR	REACTIVO	INDICE	VALOR	PUNTAJE	ESCALA
Competencia profesional	Actualización	8 Considero que el médico está actualizado en los avances en materia de su área	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5	5	Intervalo
	Confianza	9 El médico me inspira confianza por el dominio de la materia de su área	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		
	Equipamiento	10 El médico usa los recursos tecnológicos necesarios para mi diagnóstico	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		
Información recibida	Información sobre el padecimiento	11 El médico siempre me informa sobre el tipo de mi padecimiento	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5	5	Intervalo
	Información sobre el tratamiento	12 El médico siempre me da instrucciones respecto al tratamiento instituido	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		
	Información sobre el pronóstico	13 El médico siempre me informa acerca del pronóstico de mi padecimiento	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		
	Respuesta a interrogantes	14 El médico siempre está dispuesto a responder a mis preguntas sobre mi padecimiento	-En total desacuerdo -En desacuerdo -Ni acuerdo ni en desacuerdo -De acuerdo -En total acuerdo	1 2 3 4 5		

VARIABLE	INDICADOR	REACTIVO	INDICE	VALOR	PUNTAJE	ESCALA
Resultados de la atención	Logro de la curación o mejoría	15 Mi visita al médico siempre es provechosa	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo
			-En desacuerdo	2		
			-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3		
-De acuerdo	4					
-En total acuerdo	5					
Idoneidad del tratamiento	16 Considero que el tratamiento instituido por el médico es el apropiado	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo	
		-En desacuerdo	2			
		-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3			
-De acuerdo	4					
-En total acuerdo	5					
Retorno al servicio en lo sucesivo	17 En caso de requerir atención médica nuevamente mi primera opción sería acudir a este servicio de salud	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo	
		-En desacuerdo	2			
		-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3			
-De acuerdo	4					
-En total acuerdo	5					
Tramites burocraticos	Tramites para recibir atención inicial	18 Los tramites que debo efectuar para recibir la atención medica inicial son faciles de realizar	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo
			-En desacuerdo	2		
			-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3		
-De acuerdo	4					
-En total acuerdo	5					
Tramites para recibir tratamiento	19 los tramites que debo efectuar para recibir el tratamiento a mi padecimiento son faciles de realizar	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo	
		-En desacuerdo	2			
		-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3			
-De acuerdo	4					
-En total acuerdo	5					
Tramites para estudios esecializacos	20 los tramites que debo efectuar para que me sean practicados estudios son faciles de realizar	-En total desacuerdo	1	5	Intervalo	
		-En desacuerdo	2			
		-Ni acuerdo ni en desacuerdo	3			
-De acuerdo	4					
-En total acuerdo	5					

TOTAL DE PUNTAJE = 100

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Se diseñó y elaboró un instrumento para determinar el nivel de satisfacción del paciente del Servicio Médico Bancario, considerando las dimensiones de trato humano, accesibilidad, competencia profesional, información recibida, resultados de la atención y trámites burocráticos, mismas que se seleccionaron con base en la bibliografía consultada y estudios previos que mencionan dichas dimensiones como las más representativas y más ampliamente estudiadas en relación a la satisfacción de usuarios de servicios de salud. En particular se consideraron los trabajos de Wolf M, Rees L. y Linder S para seleccionar las dimensiones evaluadas (Referencias 48, 49 y 50)

Para cada dimensión se elaboraron 5 ítems, correspondiendo cada uno de ellos a un indicador que explora la dimensión correspondiente. Dichos indicadores también fundamentados en la bibliografía consultada, integrando un instrumento de 30 preguntas para explorar la satisfacción del paciente

El instrumento se diseñó con base en la escala de Likert para medir actitudes, estableciendo sólo aseveraciones positivas con cinco opciones de respuesta (en total desacuerdo, en desacuerdo, ni acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y en total acuerdo)

Se aplicó el instrumento en prueba piloto a 50 individuos en forma aleatoria para determinar la confiabilidad y validez

CONFIABILIDAD

Se determinó mediante el Coeficiente de Confiabilidad α de Cronbach sobre la base de la matriz de correlación de los ítems, obteniendo un $\alpha = 0,83$

VALIDEZ

Se aplicó el instrumento en prueba piloto y sobre la base del marco teórico se estableció relación entre el nivel de satisfacción y el uso apropiado o inapropiado del servicio médico que presentó cada individuo analizado. Se correlacionaron ambos conceptos mediante el coeficiente de correlación de Pearson en el supuesto de que a mayor satisfacción menor uso inapropiado del servicio médico, obteniendo un $r = -0.78$ corroborando la validez de constructo.

Se consideró uso inapropiado del Servicio Médico el consultar a más de un médico de la misma especialidad al mismo tiempo, acudir a un servicio de salud más de tres ocasiones en un mes, hacer uso injustificado de los servicios de urgencias o exceder el monto del gasto promedio por derechohabiente.

En el caso de derechohabientes con la característica de uso inapropiado, sólo se efectúa un análisis detallado de la situación en busca de explicaciones a la desviación.

Adicionalmente se correlacionaron las puntuaciones de los ítems entre sí comprobando que existieran correlaciones altas (superiores a 0.80) entre ítems que midieran una misma dimensión a través del coeficiente de correlación α de Cronbach, corroborando la validez de contenido.

Como producto del análisis de confiabilidad y validez se eliminaron 10 preguntas del instrumento por no cumplir satisfactoriamente dichos requisitos, quedando integrado el instrumento en forma definitiva por 20 preguntas distribuidas de la siguiente manera:

Dimensión trato humano 4 preguntas (20% del instrumento)

Dimensión accesibilidad 3 preguntas (15% del instrumento)

Dimensión competencia profesional: 3 preguntas (15% del instrumento)

Dimensión información recibida: 4 preguntas (20% del instrumento)

Dimensión resultados de la atención: 3 preguntas (15% del instrumento)

Dimensión trámites burocráticos: 3 preguntas (15% del instrumento)

DISEÑO MUESTRAL

Se seleccionó una muestra representativa de la población de derechohabientes del servicio médico bancario. Considerando que el universo estaba integrado por 11,000 sujetos se calculó el tamaño muestral en 385 individuos seleccionados en forma aleatoria y según los criterios de inclusión y exclusión.

La fórmula que se utilizó para calcular el tamaño muestral fue.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Donde.

n = muestra

N = tamaño de la población

e = error el cual fue determinado en 0.05

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Empleados o familiares derechohabientes de la prestación
- Sujetos que con una anterioridad no menor a una semana ni mayor a 60 días hayan tenido una experiencia como usuarios del servicio médico que incluyera por lo menos atención en consulta externa o internamiento hospitalario y envío a exámenes especializados
- En el caso de menores de edad el instrumento se aplicó a alguno de los padres

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No se aplicó el instrumento a sujetos cuyo motivo de internamiento haya sido trastorno psicológico o psiquiátrico

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Instrumentos parcialmente contestados

RECURSOS HUMANOS

Un investigador de medio tiempo

Un ayudante de medio tiempo

RECURSOS MATERIALES

- Dos escritorios con dos sillones cada uno
- Reproducción de instrumento en 400 fotocopias
- Una computadora Pentium, con software windows 98, office y paquete estadístico SPSS versión 8 0
- Material de oficina (lápices, bolígrafos, goma, hojas blancas)

AREA FÍSICA

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en un cubículo de la oficina administrativa del Servicio Médico Bancario en la que cada sujeto seleccionado respondió un instrumento. El espacio físico ofreció privacidad y comodidad en cuanto a su mobiliario e iluminación.

CAPÍTULO IV

PROCEDIMIENTO

Se seleccionaron en forma aleatoria 385 sujetos que reunieran los criterios de inclusión y exclusión mediante la utilización de la base de datos de usuarios del Servicio Médico Bancario

A los mencionados sujetos se les citó en las oficinas administrativas del servicio médico como parte de los trámites que habitualmente se realizan para renovar vigencia de derechos o entregar credenciales de derechohabiente y al finalizar la visita se les solicitó respondieran el instrumento de evaluación, informando del carácter anónimo de sus respuestas, cuya finalidad sólo sería con fines de investigación para la mejora continua.

Una vez que se levantó la información de la muestra se capturaron los resultados en una base de datos en la que se anotaron los puntajes de cada instrumento en 385 filas y 20 columnas, permitiendo anotar para cada instrumento, los puntajes obtenidos en cada pregunta

Para cada instrumento se obtuvo el nivel de satisfacción mediante la suma de puntajes, pues si consideramos que el máximo puntaje posible por instrumento fue de 100, la suma de los puntajes obtenidos representa el nivel de satisfacción. Además se calculó para cada pregunta, como se distribuyeron las opciones de respuesta.

Para cada pregunta se obtuvo el nivel de satisfacción de la población estudiada mediante la aplicación de la fórmula:

$$\text{Nivel de satisfacción por indicador} = \frac{\text{Total de Puntaje Obtenido por Pregunta}}{\text{Puntaje Máximo Posible por Pregunta}} \times 100$$

Para cada dimensión se obtuvo el nivel de satisfacción de la población estudiada mediante la aplicación de la fórmula:

$$\text{Nivel de satisfacción por dimensión} = \frac{\text{Total de Puntaje Obtenido por Dimensión}}{\text{Puntaje Máximo Posible por Dimensión}} \times 100$$

Finalmente se obtuvo el nivel de satisfacción de la población estudiada mediante la aplicación de la fórmula.

$$\text{Nivel de satisfacción global} = \frac{\text{Total de Puntaje Obtenido}}{\text{Número de cuestionarios aplicados}}$$

En forma adicional, el instrumento fue sometido al análisis factorial y rotación varimax, para determinar el número y naturaleza del grupo de constructos subyacentes en el conjunto de mediciones.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

DIMENSIÓN TRATO HUMANO (Ver figura 2)

Con respecto al indicador "respeto por el paciente" el 13 % de los encuestados estuvo de acuerdo en que el médico siempre se muestra respetuoso y el 87% restante estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 97.4% (Ver cuadro 2)

Con respecto al indicador " interés por su padecimiento" el 71% estuvo en desacuerdo con que el médico siempre muestra interés por su padecimiento mientras que el 14% estuvo de acuerdo y el 15 % totalmente de acuerdo El nivel de satisfacción fue de 54.9%

Con respecto al indicador "cordialidad", el 16% estuvo de acuerdo con que el médico siempre se muestra amable en su trato mientras que el 84% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 96.8%

Con respecto al indicador "amenidades" el 6% estuvo de acuerdo en que el sitio donde recibo los servicios de atención médica es un lugar confortable y el 94% estuvo totalmente de acuerdo El nivel de satisfacción fue de 98.8%

El nivel de satisfacción para esta dimensión fue de 87.01% (Ver figura 1)

DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD (Ver figura 3)

Con respecto al indicador "accesibilidad geográfica" el 25% estuvo de acuerdo con que para recibir atención médica no tengo que invertir más de una hora en

desolazarme mientras que 75% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 95% (Ver cuadro 2)

Con respecto al indicador "accesibilidad económica" el 6% estuvo de acuerdo con que el uso de los servicios de atención médica no implica que tenga que hacer desembolsos no planeados mientras que el 94% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 98.8%

Con respecto al indicador "accesibilidad cultural" el 3% estuvo de acuerdo con que los servicios de atención médica son acordes a mis costumbres, mientras que el 97% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 99.3%

El nivel de satisfacción para esta dimensión fue de 97.74% (Ver figura 1)

DIMENSIÓN COMPETENCIA PROFESIONAL (Ver figura 4)

Con respecto al indicador "actualización", el 5% estuvo de acuerdo con que considero que el médico está actualizado en los avances en materia de su área mientras que el 95% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 98.9% (Ver cuadro 2)

Con respecto al indicador "confiabilidad", el 4% estuvo de acuerdo con que el médico me inspira confianza por el dominio de la materia de su área, mientras que el 96% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 99.2%

Con respecto al indicador "equipamiento", el 16% estuvo de acuerdo en que el médico usa los recursos tecnológicos necesarios para mi diagnóstico, mientras que el 84% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 96.8%

El nivel de satisfacción para esta dimensión fue de 98.33% (Ver figura 1)

DIMENSIÓN INFORMACIÓN RECIBIDA (Ver figura 5)

Con respecto al indicador "información sobre el padecimiento" el 9% estuvo en desacuerdo con que el médico siempre me informa sobre el tipo de mi padecimiento, y el 91% estuvo de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 76.2% (Ver cuadro 2)

Con respecto al indicador "información sobre el tratamiento" el 8% estuvo de acuerdo con que el médico siempre me da instrucciones respecto al tratamiento instituido y el 92% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 98.3%

Con respecto al indicador "información sobre el pronóstico" el 55% estuvo en desacuerdo con que el médico siempre me informa acerca del pronóstico de mi padecimiento, mientras que el 36% estuvo de acuerdo y el 9% totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 60.1%

Con respecto al indicador "respuesta a interrogantes" el 66% estuvo en desacuerdo con que el médico siempre está dispuesto a responder a mis preguntas sobre mi padecimiento, mientras que el 21% estuvo de acuerdo y el 13% totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 56.3%

El nivel de satisfacción para esta dimensión fue de 72.76% (Ver figura 1)

DIMENSIÓN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN (Ver figura 6)

Con respecto al indicador "logro de la curación o mejoría" el 30% estuvo de acuerdo con que mi visita al médico siempre es provechosa y el 70% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 93.9% (Ver cuadro 2)

Con respecto al indicador "idoneidad del tratamiento" el 6% estuvo de acuerdo con que el tratamiento instituido por el médico es el apropiado, mientras que el 94% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 98.9%

Con respecto al indicador "retorno al servicio en lo sucesivo" el 17% estuvo de acuerdo con que en caso de requerir atención médica nuevamente, mi primera opción sería acudir a este servicio de salud, mientras que el 83% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 95.9%

El nivel de satisfacción para esta dimensión fue de 96.25% (Ver figura 1)

DIMENSIÓN TRÁMITES BUROCRÁTICOS (Ver figura 7)

Con respecto al indicador "trámites para recibir atención inicial" el 3% estuvo de acuerdo con que los trámites que debo efectuar para recibir la atención médica inicial son fáciles de realizar mientras que el 97% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 99.4% (Ver cuadro 2)

Con respecto al indicador "trámites para recibir tratamiento" el 20% estuvo de acuerdo con que los trámites que debo efectuar para recibir el tratamiento a mi padecimiento son fáciles de realizar, mientras que el 80% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 95.3%

Con respecto al indicador "trámites para estudios especializados" el 96% estuvo en desacuerdo con que los trámites que debo efectuar para que me sean practicados estudios son fáciles de realizar mientras que el 4% estuvo totalmente de acuerdo. El nivel de satisfacción fue de 39.2%

El nivel de satisfacción para esta dimensión fue de 78.02% (Ver figura 1)

El nivel de satisfacción global para la muestra fue de 87.51%

Como resultado del análisis factorial y rotación varimax en doce iteraciones, se obtuvieron 3 factores: (ver cuadro 3)

Factor I. Lo conforman 5 ítems, los cuales explican el 47.8% de la varianza y dan información sobre trato humano (pregunta 2), información recibida (preguntas 11, 13 y 14), y trámites burocráticos (pregunta 20). Llama la atención que 3 de los 5 ítems, pertenecen a la dimensión información recibida, los cuales obtuvieron menores índices de satisfacción. (Ver figuras 8 a 13)

Factor II. Lo conforman 8 ítems, los cuales explican el 29.6% de la varianza y dan información sobre trato humano (preguntas 1 y 3), accesibilidad (pregunta 5), competencia profesional (pregunta 10), información recibida (pregunta 12), resultados de la atención (preguntas 15 y 17) y trámites burocráticos (pregunta 19). (Ver figuras 8 a 13)

Factor III. Lo conforman 7 ítems, los cuales explican el 22.6% de la varianza y dan información sobre trato humano (pregunta 4), accesibilidad (preguntas 6 y 7), competencia profesional (preguntas 8 y 9), resultados de la atención (pregunta 16) y trámites burocráticos (pregunta 18). Estos ítems son los que obtuvieron mayores índices de satisfacción. (Ver figuras 8 a 13)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

La población derechohabiente del Servicio Médico Bancario en general le confiere un valor importante a esta prestación de seguridad social y a través de los años la han defendido como un privilegio por el que es necesario luchar y ha sido objeto de numerosas gestiones sindicales. Para la población bancaria el tener una prestación como ésta es atractivo pues le otorga un nivel diferente con respecto a los asalariados y a través de esta prestación pueden disponer de servicios médicos oportunos, sin limitación de recursos y con tecnología de punta, lo cual es difícil conjuntar en los servicios de salud institucionales o públicos.

No obstante las ventajas mencionadas, el usuario del Servicio Médico Bancario con cierta frecuencia manifiesta su inconformidad por diversos aspectos de la prestación, misma que se rige por la Ley del Seguro Social.

El Servicio Médico Bancario lleva un registro del uso que hace cada derechohabiente de los recursos de salud disponibles y mediante la aplicación de la tecnología informática detecta aquellos casos en los que el usuario incurre en lo que la institución ha denominado uso inapropiado del servicio, (consultar a más de un médico de la misma especialidad al mismo tiempo, acudir a un servicio de salud más de tres ocasiones en un mes, hacer uso injustificado de los servicios de urgencias o exceder el monto del gasto promedio por derechohabiente). En estos casos en los que es detectada tal desviación, se cita al derechohabiente para informarle que el sistema lo reporta con uso inapropiado y al cuestionarle al respecto con frecuencia menciona que ha incurrido en esto por encontrar poca satisfacción en diversos aspectos de la

prestación, viéndose obligado a buscar otras alternativas que en general incrementan los gastos para la empresa

Ante esta situación fue necesario buscar evidencias de insatisfacción, metodológicamente sustentadas además de identificar con mayor precisión qué aspectos de la atención podrían ser causales de insatisfacción y así iniciar acciones específicamente diseñadas para mejorar estos aspectos

A través de los resultados encontrados en la presente investigación, observamos que el nivel global de satisfacción fue bueno, pues se ubicó en 87.51%. Este nivel de satisfacción explica la apreciación general que tienen los usuarios del servicio y el resultado concuerda con la suposición empírica de que la población derechohabiente en general se encuentra aceptablemente satisfecha con el servicio y por ello lo defienden como un servicio con valor

Si bien era poco probable alcanzar un nivel de satisfacción del 100%, el nivel alcanzado es muy favorable pues se encuentra por arriba del 80%. cifra que en la mayor parte de los estudios realizados con otras poblaciones, marca la línea para determinar un nivel aceptable de satisfacción

Al desagregar cada uno de los aspectos estudiados para determinar la satisfacción del paciente encontramos con respecto a la dimensión "Trato Humano" que el nivel de satisfacción fue de 87.01%, también considerado como aceptable y esto probablemente se debe a que los profesionales de la salud que atienden a la población en estudio, al ser parte de la medicina privada, otorgan especial cuidado e importancia al aspecto humano como estrategia de mercadotecnia.

La relevancia de esta dimensión se fundamenta en las afirmaciones de Hulka y P. Ley, quienes mencionan que la calidad del trato humano, es factor determinante para la satisfacción del paciente.

Sin embargo el mencionado nivel de satisfacción con el trato humano fue explorado a través de cuatro indicadores que ponen de manifiesto qué aspectos impidieron que el nivel fuera más cercano al 100%. El primero es el indicador "respeto por el paciente" el cual obtuvo un nivel de 97.4%. Este nivel es muy bueno e indica que la población usuaria tiene una alta satisfacción con este aspecto, mismo que habla favorablemente de la ética de los profesionales de la salud involucrados

El segundo indicador de esta dimensión es el "interés por el padecimiento" el cual tuvo un nivel de satisfacción de 54.9%. Este nivel fue muy bajo y es el responsable principal de la disminución de la satisfacción en esta dimensión además de contribuir de manera importante en la disminución de la satisfacción global. Este resultado muestra que los pacientes demandan del médico una mayor atención por su padecimiento y ésta es un área de oportunidad para la mejora, con impacto sobre el nivel de satisfacción y el uso del servicio que hace el paciente.

Tal como lo demuestran los estudios de Wolf y colaboradores, el interés que muestra el médico es fundamental para la satisfacción del paciente. El citado autor ubica este indicador dentro del área afectiva como elemento medular, ya que hace que el paciente sienta la empatía del médico

El tercer indicador es "cordialidad" mismo que obtuvo un nivel de satisfacción de 96.8% el cual resulta muy bueno y manifiesta la habilidad del personal de salud para manejar esta parte de la relación médico paciente.

El cuarto indicador de esta dimensión son las 'amenidades' que también obtuvieron un nivel muy importante de satisfacción de 98.8%. Este resultado es consecuencia de la cuidadosa selección que la institución hace para incorporar un prestador del servicio al sistema, procurando cuidar que se cuente con las instalaciones apropiadas y favorables para un buen servicio. Dado el nivel socioeconómico de la mayor parte de la población bancaria, sus expectativas

respecto a las "amenidades" suelen ser elevadas, por tanto, el nivel de satisfacción obtenido, probablemente sea el reflejo de la importancia que concede la institución a la infraestructura que ofrece el prestador del servicio

Con respecto a la dimensión "Accesibilidad" el estudio reportó un nivel de satisfacción de 97.74% el cual resulta ser muy bueno

Al desagregar sus componentes en accesibilidad geográfica, económica y cultural, encontramos que los niveles de satisfacción para estos indicadores fueron de 95.0%, 98.8% y 99.3% respectivamente, ubicándose como muy buenos. Huika y Ware ubican la accesibilidad como un aspecto no sustantivo de la satisfacción de usuario, pero sí como adjetivo en primer orden, es decir, su importancia es secundaria pero toma relevancia en la medida que la satisfacción con la accesibilidad se ve afectada

Este resultado se explica también en los criterios de selección que aplica la institución para incorporar prestadores de servicios de salud al sistema. Los mencionados criterios están basados en características de la población derechohabiente, ya que se tiene identificada la distribución geográfica de los mismos, sus características socioeconómicas y sus patrones culturales.

Con respecto a la dimensión "Competencia Profesional", el estudio reportó un nivel de satisfacción de 98.90%, mismo que se ubica como muy bueno. De igual forma los indicadores que exploran esta dimensión resultaron en 98.9% para "actualización", 99.2% para "confiabilidad" y 96.8% para "equipamiento". Estos resultados también se explican por la cuidadosa selección de los prestadores de servicios, procurando especial atención a la trayectoria académica y experiencia profesional de cada uno de ellos.

Si bien, el paciente puede no estar suficientemente calificado para evaluar la competencia profesional del médico, ya que puede carecer de elementos objetivos para hacerlo, en las evaluaciones de satisfacción es indispensable

incluir esta dimensión en virtud de que el paciente se apegará a las indicaciones del médico siempre y cuando considere que están respaldadas por una adecuada competencia profesional, evaluada desde la perspectiva del usuario. Por tal razón para la presente investigación ha sido importante incluir la evaluación de esta dimensión.

Con respecto a la dimensión "Información Recibida", el estudio reportó un nivel de satisfacción de 72.76%, el cual se ubica como bueno pero sin duda, susceptible de mejora. Al explorar sus indicadores encontramos que para "información sobre el padecimiento" el nivel de satisfacción fue de 76.2%, también susceptible de mejora.

Para el indicador "información sobre el tratamiento" el nivel de satisfacción fue de 98.3%, el cual resulta muy bueno. Para el indicador "información sobre el pronóstico" el nivel de satisfacción fue de 60.1% mismo que resulta bajo e indispensable aplicar acciones de mejora. Para el indicador "respuesta a interrogantes" el nivel de satisfacción fue de 56.3% también susceptible de mejora.

Los resultados de esta dimensión traducen el hecho de que el paciente siente poco satisfactoria la comunicación que establece con el médico para obtener información acerca de su padecimiento. Con excepción de la información sobre el tratamiento, la cual resulta con niveles muy satisfactorios, el resto de la información que el paciente demanda del profesional de la salud produce niveles de satisfacción bajos y requiere la aplicación de acciones correctivas para mejorar la eficiencia del servicio. Además, si consideramos el hecho de que en la medida que el paciente tenga información más amplia y clara sobre su problema de salud, mejor se podrá cuidar y en consecuencia mejorar su estado de salud es de suma importancia atender este aspecto para aumentar los niveles de satisfacción del paciente e incrementar la eficiencia del servicio.

La importancia que el paciente otorga en la presente investigación a la información recibida, coincide con las afirmaciones de P. Ley, quien identifica la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibe, sustentando en la comunicación con el paciente, el criterio de satisfacción versus insatisfacción.

Estos factores de insatisfacción no son fácilmente prevenibles en la selección del prestador del servicio pues dependen generalmente de la comunicación y las particularidades de la relación médico paciente que se establezca en cada momento y con cada paciente. No obstante la complejidad para el manejo de esta problemática, debe aplicarse alguna medida para corregirla.

Con respecto a la dimensión "Resultados de la Atención", el nivel de satisfacción fue de 96.25% y sus indicadores "logro de la curación o mejoría", "idoneidad del tratamiento" y "retorno al servicio en lo sucesivo" obtuvieron niveles de satisfacción de 93.9%, 98.9% y 95.9%, los tres muy favorables para la satisfacción del paciente. En esta dimensión podemos suponer que no existe problema de satisfacción y probablemente está estrechamente relacionada con la competencia profesional del prestador de servicios de salud que permite otorgar servicios efectivos.

Los altos niveles de satisfacción con estos aspectos, pueden estar relacionados con la capacidad resolutoria real de los servicios de salud.

Finalmente con respecto a la dimensión "Trámites Burocráticos", el nivel de satisfacción obtenido fue de 78.02%. Este nivel si bien es aceptable, es necesario analizarlo más detalladamente a través de sus indicadores para detectar qué aspectos son áreas de oportunidad para la mejora. De esta forma su indicador "trámites para recibir atención inicial" obtuvo un nivel de satisfacción de 99.4%, el indicador "trámites para recibir tratamiento" 95.3% y el indicador "trámites para estudios especializados" 39.2%.

En esta dimensión el indicador "trámites para estudios especializados" es el responsable de la disminución del nivel de satisfacción para la dimensión. Estos aspectos son importantes para la institución ya que sí dependen directamente de sus procesos organizacionales y a través de su dimensión encontramos que resulta muy poco satisfactorio para el paciente, los trámites para estudios especializados, debido a que éstos requieren de una inversión de tiempo que puede ir desde uno hasta diez días según la complejidad del estudio, en razón de que deben ser autorizados por el área administrativa y en ocasiones se requiere someter dicha autorización a la opinión de expertos o estudio detallado del caso

La dimensión trámites burocráticos, toma particular importancia en los servicios de salud públicos e institucionales a diferencia de los servicios de salud privados, en los que los trámites generalmente son mínimos o inexistentes. Los autores Hulka y Wolf al referirse a la dimensión trámites burocráticos, mencionan que toma particular importancia para su evaluación en aquellos servicios de salud en los que los trámites sean requisito necesario para la atención en alguna de sus partes. Los niveles de satisfacción obtenidos en particular con los "trámites para estudios especializados" comprueban la importancia de este aspecto en la satisfacción de usuario para la población estudiada.

Llama la atención el que el resto de los trámites burocráticos tienen muy buen nivel de satisfacción para el paciente, lo cual probablemente se explica en función de que estos procesos ya habían sido analizados y mejorados mediante la aplicación de tecnología de la informática

De esta forma se encuentra que las dimensiones accesibilidad, competencia profesional y resultados de la atención no representan problemática alguna y en general producen niveles de satisfacción muy altos en el paciente y por ello requieren mantenerse operando sin cambios sustanciales. Mientras que las dimensiones trato humano, información recibida y trámites burocráticos

generan disminución de la satisfacción del paciente y por ello requieren atención especial mediante el diseño de estrategias de apoyo a estas áreas de oportunidad para la mejora.

Como lo menciona José Mira J. la satisfacción del paciente es considerada como un determinante de la futura utilización de servicios de salud o bien como un indicador indirecto del adecuado apego y cumplimiento de las prescripciones médicas, esto toma especial importancia en la población en estudio dado que una de las justificaciones para realizar esta investigación ha sido precisamente el uso de los servicios de salud de la institución. Si como lo demuestran las investigaciones referidas en los antecedentes y marco teórico existe relación entre la satisfacción del usuario y el uso de los servicios de salud con apego a las prescripciones médicas, el pugnar por el incremento en la satisfacción del usuario mejorará el uso de los servicios de salud con apego a las prescripciones médicas, disminuyendo lo que la institución ha denominado "uso inapropiado del servicio", con la consecuente reducción en los gastos generados por este concepto

De manera especial los indicadores "trámites para estudios especializados", "respuesta a interrogantes", "información sobre el pronóstico", "información sobre el padecimiento" e "interés por el padecimiento" requieren atención cuidadosa.

Una vez detectados los indicadores problema, cuyos niveles de satisfacción fueron más bajos, es conveniente analizarlos con mayor profundidad. En el caso de los "trámites para estudios especializados" se recomienda determinar con mayor profundidad qué estudios son los que generan menor satisfacción y analizar la ruta crítica del procedimiento de autorización de dichos estudios.

Con respecto a los indicadores "respuesta a interrogantes", "información sobre el pronóstico", "información sobre el padecimiento" e "interés por el padecimiento" es recomendable profundizar en la investigación para determinar

si estos indicadores causan disminución de la satisfacción en la atención otorgada por todos los médicos o si ocurre solo con algunos, especificando a qué nivel de atención pertenecen, si ocurre en la atención hospitalaria o de consultorio, qué grupo de población presenta menor satisfacción, determinando edad, sexo, nivel socioeconómico, etc

Con respecto al análisis factorial, los resultados nos presentan 3 factores. El factor I agrupa los ítems 2, 11, 13, 14 y 20, que en su mayor parte se relacionan con la atención que el profesional de la salud otorga al paciente, es decir, aquellas atenciones que hacen que el paciente perciba qué tanto su persona como su problemática de salud son importantes y por ello se establezca una especial comunicación entre médico y paciente. Este factor al agrupar ítems relacionados con la interacción que se establece entre médico y paciente, podría ser denominado "Satisfacción con el aspecto humano" y es precisamente la razón que genera mayores problemas de satisfacción.

Este factor explica el 47.8% de la varianza, ubicándose en él la mayor parte de los ítems que generaron menores niveles de satisfacción. Estos resultados apoyan la apreciación de que es recomendable profundizar en el estudio de estos indicadores mediante la desagregación en subcomponentes ya que al parecer en ellos se encuentra contenida la mayor parte de la problemática que afecta la satisfacción del paciente del Servicio Médico Bancario.

El factor II agrupa los ítems 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17 y 19 los cuáles pertenecen a las 6 dimensiones estudiadas, y pueden tener en común el que principalmente exploran aspectos que hacen de la atención médica una experiencia agradable y amena para el paciente. Este factor podría ser denominado "Satisfacción con las amenidades" ya que agrupa características que si bien no son el objetivo principal de la atención médica, si le confieren cierto entorno de comodidad, facilitando la interacción médico paciente

El factor II explica el 29.6% de la varianza y los ítems en él contenidos tienen en común el que no parecen representar una gran problemática para la satisfacción del paciente. Si bien existen aspectos susceptibles de mejora, es por ello recomendable el profundizar también en los componentes de los indicadores contenidos en este factor, para determinar de manera más específica cuáles son las áreas de oportunidad para diseñar y aplicar acciones de mejora. Como se ha mencionado antes, estos aspectos de amenidades suelen estar especialmente cuidados en el Servicio Médico Bancario, lo cual puede explicar el buen nivel de satisfacción obtenido.

El factor III que explica el 22.6% de la varianza, agrupa los ítems 4, 6, 7, 8, 9, 16 y 18 mismos que pertenecen a 5 de las dimensiones estudiadas, excepto a información recibida y en su mayoría exploran aspectos que están relacionados de manera más directa con la parte sustantiva de la atención médica, es decir con el objetivo esencial del evento que es la interacción médico-paciente en el ámbito técnico profesional, en busca de mantener o restablecer la salud. Este factor engloba aspectos que Wolf y colaboradores ubicaron dentro de la dimensión comportamental (sobre las habilidades y competencias clínicas del profesional), por lo que podría ser denominado "Satisfacción con el aspecto profesional".

Estos indicadores, dado el nivel de satisfacción que obtuvieron, parecen ser fortalezas de la atención médica del servicio y por ello es deseable que permanezcan sin cambios sustanciales.

Con frecuencia se ha argumentado que la falta de recursos humanos, materiales o financieros en la prestación de un servicio de salud es el motivo principal de la disminución de la calidad del mismo y específicamente de la disminución en la satisfacción del paciente, sin embargo, a través de los resultados obtenidos en la presente investigación podemos observar que esto no es una verdad absoluta, ya que en el caso de la población estudiada, se disponía de suficientes recursos y a pesar de ello el usuario no está 100%

satisfecho, encontrando además que los factores de índole afectiva y cognitiva contribuyen de manera importante en la satisfacción del paciente, así como los aspectos organizacionales en la entrega del servicio

A pesar de lo referido, en la población en estudio encontramos que su nivel de satisfacción global (87.51%) es bueno según coinciden la mayoría de los autores quienes mencionan que por arriba de 80% de satisfacción podemos considerar que el servicio opera de manera adecuada, requiriendo poca intervención tan solo para mantener o idealmente superar este nivel

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En general, los pacientes del servicio médico bancario evaluado, se encuentran con un buen nivel de satisfacción, dado que el nivel global de ésta se ubicó en 87.51%. De igual forma al analizar las dimensiones estudiadas de la satisfacción del paciente, encontramos que el paciente se encuentra con un nivel aceptable de satisfacción en cuanto a las dimensiones de trato humano (87.01%), accesibilidad (97.74%), competencia profesional (98.33%) y resultados de la atención (96.25%).

En el caso particular de la dimensión trato humano, aunque en forma global obtuvo un buen nivel de satisfacción, al analizar sus indicadores se encontró que el paciente reportó bajos niveles de satisfacción con el indicador "interés por su padecimiento", lo cual sólo fue evidente en el análisis específico de esta dimensión.

Por el contrario, se encontró que el paciente reporta bajos niveles de satisfacción con las dimensiones de información recibida (72.76%) y trámites burocráticos (78.02%), mismas que al analizarse en forma detallada hicieron manifiesto el problema en los indicadores de "información sobre el pronóstico" y "respuesta a interrogantes" en la dimensión información recibida. Mientras que en la dimensión trámites burocráticos se encontraron bajos niveles de satisfacción con el indicador "trámites para estudios especializados".

Si como se ha mencionado, la satisfacción del paciente es considerada como un determinante de la futura utilización de servicios de salud o bien como un indicador indirecto del adecuado apego y cumplimiento de las prescripciones médicas, el pugnar por el incremento en la satisfacción del usuario mejorará el

uso de los servicios de salud, disminuyendo lo que la institución ha denominado "uso inapropiado del servicio" con la consecuente reducción en los gastos generados por este concepto

De esta forma la presente investigación abre un panorama muy amplio que requiere ser analizado de manera específica en aquellos indicadores que generaron menores niveles de satisfacción, por lo que se recomienda efectuar un estudio más profundo de los indicadores problema, mediante la desagregación en subcomponentes.

Una vez clarificado el panorama al respecto, podría apoyarse al servicio médico bancario, probablemente mediante algunas estrategias de intervención, que tendrían que ser diseñadas de manera específica para atender cada una de estas problemáticas por separado, en virtud de poder evaluarlas posteriormente y determinar de manera clara, el resultado de la estrategia aplicada.

Con base en la información obtenida, se recomienda al tomador de decisiones, que una vez conocido el nivel de calidad de la atención del servicio médico bancario a través de la satisfacción del paciente, utilizar los resultados obtenidos para identificar las fortalezas y debilidades del servicio, procurando que las primeras se mantengan, y a las debilidades representadas por los indicadores que tuvieron menores niveles de satisfacción, otorgar especial atención mediante la profundización del estudio a través de la realización de las investigaciones propuestas.

Con respecto a las estrategias de intervención se recomienda fomentar el aspecto humano de la relación médico paciente a través de la realización de cursos relacionados con esta materia dirigidos al personal de salud del servicio médico. en donde se destaque la importancia de una comunicación efectiva y eficiente entre ambos personajes.

Además como se ha mencionado, es conveniente analizar la ruta crítica de los procesos de autorización, en particular de los estudios especializados, para detectar pasos innecesarios susceptibles de ser suprimidos o acortados en virtud de hacer más eficientes dichos procesos

Dichas intervenciones posteriormente requerirán ser evaluadas en sus efectos, buscando así la mejora continua que oriente hacia la garantía de calidad

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Stiles Renee A. et al. Classifying Quality Initiatives. Hospital and Health Services Administration, Vol 32, No 3. 1994. USA, pp 309-323
2. Flook, E , Health Services Research, American Journal of Public Health, Vol. 63 No 8, 1973, USA, pp 681-686
- 3 Paganini J.M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, OPS, OMS, 1993 Washington D.C , pp 101
4. Smith, K.L. Health Care and Quality, New England Health, Vol. 2 No 1, 1998.
- 5 Donabedian A Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica Un Texto Introductorio, Ed. INSP, 1° edición, 1990, México, pp 73
6. Donabedian A. La Dimensión Internacional de la Evaluación de la Garantía de Calidad, Revista de Salud Pública de México, Vol.32, No.2, 1990, México, pp 113-117
- 7 Fleming G V. Hospital Structure and Consumer Satisfaction, Health Services Research, Vol. 16, No.1, 1981 USA, pp 43-63
8. Deming W.E. Quality, Productivity and Competitive Positios, Massachusets, Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, 1982, USA, pp 30
9. Hannu V MD, Garantía de Calidad en Europa, Revista de Salud Pública de México. Vol 35 No.3, 1993, México, PP 291-297
- 10.Barbera W. R. History of Quality, American Health Bulletin, August 1998. USA pp 4
- 11.De Moraes N.H. Programa de Garantía de Calidad a Través de la Acreditación de Hospitales, Revisia de Salud Pública de México. Vol 35. No.3. 1993. México, pp 248-258
- 12 Ruiz de Chávez M. et al , Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud, Revista de Salud Pública de México, Vol. 32, No 2, 1990, México, pp 156-169

13. Gutierrez T. E et al La evolución de la Calidad de la Atención Médica, Suplemento Bayer, Enero 1999, México, pp 2
- 14 Lazo V Hacia la Calidad Total, Revista Médica de Honduras, Vol.3, No. 5, 1997, Honduras, pp 153-154
15. Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, Manual de Evaluación de Calidad de la Atención Médica, SSA. 1992, México, pp 30
16. Secretaría de Salud, Norma Técnica para la Evaluación de Calidad de la Atención Médica, 1990, México, pp 1-54
- 17 Síntesis Seminarios de Capacitación del Secretariado del Consejo Nacional de Salud, 1999, México (Documento de trabajo)
18. Ruelas Barajas E , Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad de los Conceptos a las Acciones, Revista de Salud Pública de México, Vol 34, Suplemento, 1992, México, pp 29-45
19. Soberón A. Hacia Un Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud, México, 1984, pp 145
- 20 Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, México 1995
21. Anuarios Estadísticos 1994, Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, Secretaría de Salud, 1994, México
- 22 Walton M Como Administrar con el Método Deming. Ed. Norma, 1995, México, Cap 1-19
23. Juran J M , Juran y el Liderazgo para la Calidad, Ed Díaz Santos, 1996, México, Cap 1,3,9 y 10
- 24 Ishikawa K , Que es Control Total de Calidad. Ed Norma, 1996, México Cap 3-5
- 25 Castañeda C F.. Aseguramiento de la Calidad, Revista Médica de Cuba, Vol 3, No 5. 1997. Cuba, pp 64
26. Roura Kegel G. Quality and Development International Magazine. Vol 1 No 2, 1999, USA pp 19
- 27 Curso los Iniciadores del Movimiento de Calidad. IMSS, 1996, México, (Documento de Trabajo)
- 28 Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica, Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1991. pp 194

- 29 Ley del Seguro Social. Ed Porrúa, 55 edición, 1995. México, pp 1327
30. Cuadro Básico de Medicamentos. Dirección General de Insumos para la salud, Secretaría de Salud, 1999, México, pp 21
- 31 Manual de Procedimientos del Servicio Médico Bancario, 1996, México, pp 147
32. García A. Análisis de la Distribución Geográfica de Usuarios, 1998, México (Documento de Trabajo)
33. García A. Análisis del Gasto Generado por el Servicio Médico, 1998, México (Documento de Trabajo)
- 34 Diccionario Larousse, 1999, México. pp 565
- 35 Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992, México, pp 72
- 36 Kasuga Y H. Conceptos Básicos de Calidad, Guía Pedagógica para el Personal de Salud, 1992, España, pp 48
37. Ley General de Planeación, Ed. Nuestras Leyes, 1982, México
- 38 Sistema Nacional de Planeación Democrática, Secretaría de Gobernación, 1984, México
39. La Certificación de Hospitales, XXI Reunión del Consejo Nacional de Salud, Secretaría de Salud, 2000, México (Documento de Trabajo)
- 40 Frenk J. Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, 1994, México. pp 400
- 41 Strean H. S. Don't Lose Your Patients. Responding to Clients Who Want to Quiet Treatment, Ed. AIS, 1998, USA, pp 38
- 42 Hulka S. et al , Scale for the Measurement of attitudes Toward Physicians and Primary Medical Care. Medical Care, Vol 7 No. 5 , 1970, USA. pp 429-435
43. Mira José J. et al.. La Satisfacción del Paciente, Conceptos y Aspectos Metodológicos, Revista de Psicología de la Salud, Vol 4 No 1, 1992 España, pp 89-116
- 44 Estañol V. La Calidad no está en el Estetoscopio. Pacientes Impacientes, Publicación de Upjohn. Vol 2 No 6 1997, México, pp 1

- 45 Cafferata G Et al Patient Satisfaction and the use of Health Services Explorations in Causality, Eastern Sociological Meetings, 1978, USA pp 64
- 46 Ley P et al Communicating with Patient, Improving Communicating Satisfaction and Compiiance, Croom Helm, 1988, London, pp 74
- 47 Ware J. et al Dimensions of Patient Attitudes Regarding Doctors and Medical Care Services, Medical Care, No 13, 1975, USA, pp 669-682
- 48 Wolf M. et.al. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a Scale Measure Patient Perceptions of Physician Behaviour. Journal of Behaviour Medicine. No 1 1978. USA, pp 391-401
49. Rees L., Patient Views on Quality Care in General Practice: Literature Review. Soc. Sci. Med. Vol 39, No 5, 1994, Great Britain , pp 655-669
50. Linder S.. Toward a Theory of Patient Satisfaction, Pergamon Press, Vol 16, 1982, Great Britain, pp 577-582
- 51 Avis M et al. Questioning Patient Satisfaction. An Empirical Investigation in Two Outpatient Clinics, Soc. Sci. Med. Vol 44, No 1, 1997, Great Britain , pp 85-92
- 52 Hall J. Meta Analysis of Satisfaction With Medical Care. Description of Research Domain and Analysis of Overall Satisfaction Levels, Vol.27 No. 6, 1988, Great Britain, pp 637-644
53. Linder S. Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction, Soc. Sci. Med. Vol 16, 1982. Great Britain, pp 583-589
54. Curso Análisis de Información para la Planeación, Secretaría de Salud, 1999, México (Documento de Trabajo)

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Applenbaum R , *Assesing Satisfaction in Health a Long Term Care*, Ed RA, 2000, USA, pp 255
2. Baird K , *Customer Service in Health Care*. ISA, 2000, USA, pp 175
3. Campero C., *Calidad de la Relación Pedagógica Médico Paciente*, Salud Pública de México. Vol. 32, No 2, 1990, México. pp193-204
4. Canales H et.al., *Metodología de la Investigación*, Ed. Limusa, 1992, México. pp 327
5. Domínguez M O *La Calidad de Servicios de Salud*, Ed Limusa, 1993. México, pp 94
6. Donabedian A , *La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad*, Salud Pública de México, Vol 32, No 2 1990, México, pp 113-117
7. Donabedian A , *Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad*, Salud Pública de México, Vol 35, No 3. 1993, México, pp 238-247
8. Gerson R., *Como Medir la Satisfacción del Cliente*, Ed. Iberoamérica, 1993, México pp 113
9. Gerteis M., *Through the Patients'Eyes*, Jossey Bass Health Series, 1993, USA, pp 39
10. Hernández S et.al., *Metodología de la Investigación*, Ed Mc Graw Hill 1994, México pp 505
11. Levin J. *Fundamentos de Estadística*, Ed HARLA, 1992, México, pp305
12. Levy B.. *Respecting Patient Auionomy*, Health Care, 1999, USA pp 53
13. MacStravic S. *Creating Consumer Loyalty in Health Care*, Management Series. 1999, USA pp 83
14. Martínez G *Los Altos Costos de la Atención Médica* Gaceta Médica de México, Vol 127. No 2. 1991, México. pp 207-210
15. Martínez N , *Cobertura de los Servicios de Salud*, Salud Pública de México, Vol 34, Suplemento. 1992. México. pp 16-28

16. Martínez Ortega R , González Díaz H et.al Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en un Hospital Pediátrico, Gaceta Médica del Instituto de Salud del Estado del México, Vol. 1 No 1, 1991, México, pp 14-19
17. Modelo Mexicano de Certificación de Hospitales, OPS-SSA, 1994, México
18. Moise H , Physician Patient Relations A Guide to Improving Satisfaction, Ed JBH, 1999, USA, pp 184
19. Ruelas B E., La Necesidad de Calidad, Calidad de la Atención a la Salud, Vol 1 No 1, 1994, México, pp 5-7
20. Saturno P , Hacia Una Evaluación de la Calidad de la Asistencia en los Centros de Salud. Foro Mundial de la Salud, Vol 16, 1995, España, pp 166-172
21. Shelton P., Measuring and Improving Patient Satisfaction, Michigan U , 2000. USA, pp 62
22. Treviño G.M , Mejoría de la Calidad de la Atención Médica, Gaceta Médica de México, Vol 128, No.4, 1992, México, pp 467-474
23. Verheggen F., La Calidad de Servicio en la Atención a la Salud, Calidad de la Atención a la Salud, Vol. 1 No 1. 1994, México. pp 8-12

INDICE DE ANEXOS

- ❖ Instrumento de Evaluación
- ❖ Cuadro 1 Nivel de satisfacción del paciente del servicio médico bancario por dimensión
- ❖ Cuadro 2 Nivel de satisfacción del paciente del servicio médico bancario por indicador
- ❖ Cuadro 3 Resultados del análisis factorial
- ❖ Figura 1 Nivel de satisfacción del paciente del servicio médico bancario por dimensión
- ❖ Figura 2 Dimensión trato humano
- ❖ Figura 3 Dimensión accesibilidad
- ❖ Figura 4 Dimensión competencia profesional
- ❖ Figura 5 Dimensión información recibida
- ❖ Figura 6 Dimensión resultados de la atención
- ❖ Figura 7 Dimensión trámites burocráticos
- ❖ Figura 8 Puntaje dimensión trato humano
- ❖ Figura 9 Puntaje dimensión accesibilidad
- ❖ Figura 10 Puntaje dimensión competencia profesional
- ❖ Figura 11 Puntaje dimensión información recibida
- ❖ Figura 12 Puntaje dimensión resultados de la atención
- ❖ Figura 13 Puntaje dimensión trámites burocráticos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

SERVICIO MÉDICO BANCARIO

Folio _____

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Con el propósito de conocer su opinión en relación a algunos aspectos del Servicio Médico, solicitamos su colaboración en el llenado del presente cuestionario. Las afirmaciones que a continuación aparecen son opiniones con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Le solicitamos nos indique que tan de acuerdo está usted.

Marque con una X el cuadro que considere es la calificación para cada aseveración. Para cada enunciado hay una escala que va del 1 al 5, en donde 1 es en total desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo y 5 en total acuerdo.

	1	2	3	4	5
1 - El médico siempre se muestra respetuoso de mi persona					
2 - El médico siempre muestra interés por mi padecimiento					
3 - El médico siempre se muestra amable en su trato					
4.- El sitio donde recibo los servicios de atención médica es un lugar confortable					
5.- Para recibir atención médica no tengo que invertir más de una hora en desplazarme					
6 - El uso de los servicios de atención médica no implica que tenga que hacer desembolsos no planeados					
7 - Los servicios de atención médica son acordes a mis costumbres					
8 - Considero que el médico está actualizado en los avances en materia de su área					
9 - El médico me inspira confianza por el dominio de la materia de su área					
10 - El médico usa los recursos tecnológicos necesarios para mi diagnóstico					
11 - El médico siempre me informa sobre el tipo de mi padecimiento					
12 - El médico siempre me da instrucciones respecto al tratamiento instituido					
13 - El médico siempre me informa acerca del pronóstico de mi padecimiento					
14 - El médico siempre está dispuesto a responder a mis preguntas sobre mi padecimiento					
15 - Mi visita al médico siempre es provechosa					
16 - Considero que el tratamiento instituido por el médico es el apropiado					
17 - En caso de requerir atención médica nuevamente, mi primera opción sería acudir a éste servicio de salud					
18 - Los trámites que debo efectuar para recibir la atención médica inicial son fáciles de realizar					
19 - Los trámites que debo efectuar para recibir el tratamiento a mi padecimiento son fáciles de realizar					
20.- Los trámites que debo efectuar para que me sean practicados estudios son fáciles de realizar					

CUADRO 1
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DEL SERVICIO
MÉDICO BANCARIO POR DIMENSIÓN

DIMENSIÓN	NIVEL DE SATISFACCIÓN %
TRATO HUMANO	87.01
ACCESIBILIDAD	97.74
COMPETENCIA PROFESIONAL	98.33
INFORMACIÓN RECIBIDA	72.76
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	96.25
TRÁMITES BUROCRÁTICOS	78.02

CUADRO 2
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DEL SERVICIO
MÉDICO BANCARIO POR INDICADOR

DIMENSIÓN	INDICADOR	NIVEL DE SATISFACCIÓN %
TRATO HUMANO	Respeto por el paciente	97.4
	Interés por su padecimiento	54.9
	Cordialidad	96.8
	Amenidades	98.8
ACCESIBILIDAD	Geográfica	95
	Económica	98.8
	Cultural	99.3
COMPETENCIA PROFESIONAL	Actualización	98.9
	Confiabledad	99.2
	Equipamiento	96.8
INFORMACIÓN RECIBIDA	Sobre el padecimiento	76.2
	Sobre el tratamiento	98.3
	Sobre el pronóstico	60.1
	Respuesta a interrogantes	56.3
RESULTADOS DE LA ATENCIÓN	Logro de la curación o mejoría	93.9
	Idoneidad del tratamiento	98.9
	Retorno al servicio	95.9
TRÁMITES BUROCRÁTICOS	Para recibir atención inicial	99.4
	Para recibir tratamiento	95.3
	Para estudios especializados	39.2

CUADRO 3
RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL

PREGUNTAS	FACTOR	% DE VARIANZA	
2	I	47.8	
11			.67642
13			84792
14			84431
20			.77175
1	II	29.6	
3			.62133
5			.74795
10			67981
12			.62501
15			.58431
17			.71837
19			.69775
4	III	22.6	
6			.62312
7			.72169
8			.58370
9			.56106
16			.61507
18	.55117		
		100%	

FIGURA 1
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO
POR DIMENSIÓN

Nivel de satisfacción

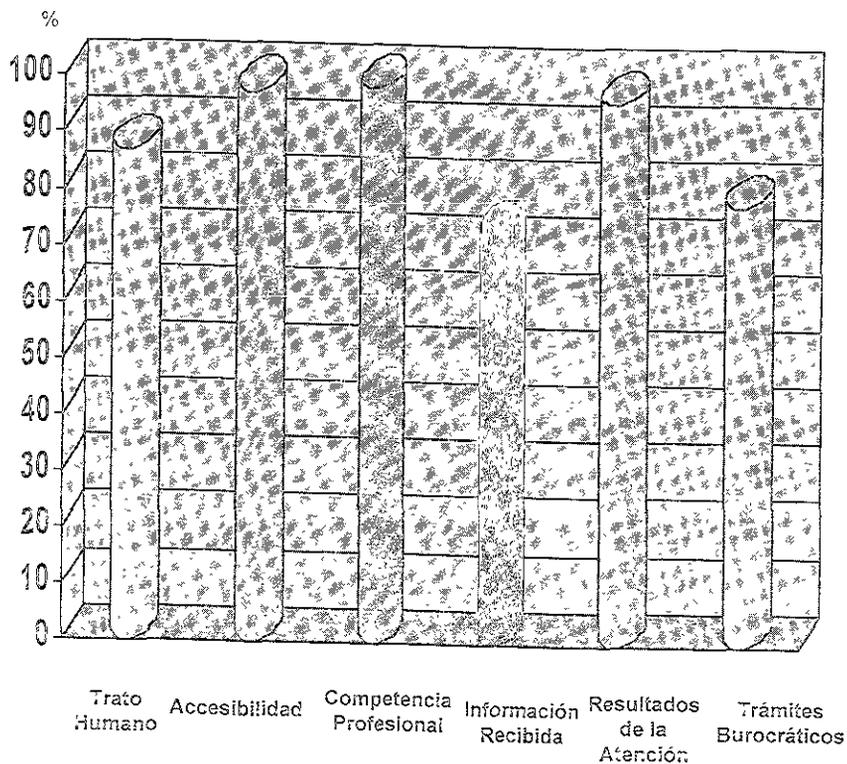


FIGURA 2
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO
DIMENSIÓN TRATO HUMANO

Nivel de satisfacción

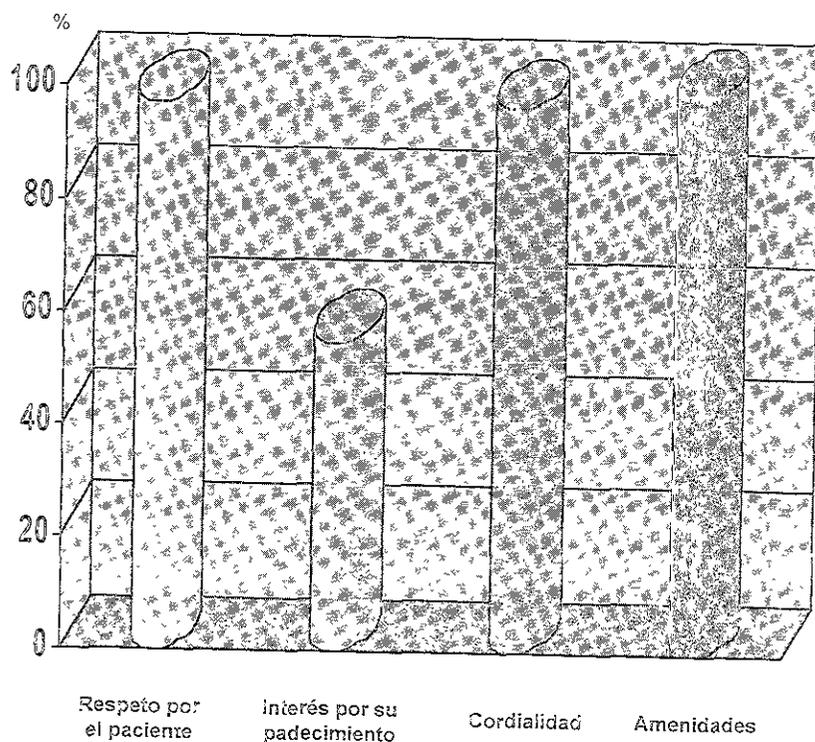


FIGURA 3
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO
DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD

Nivel de satisfacción

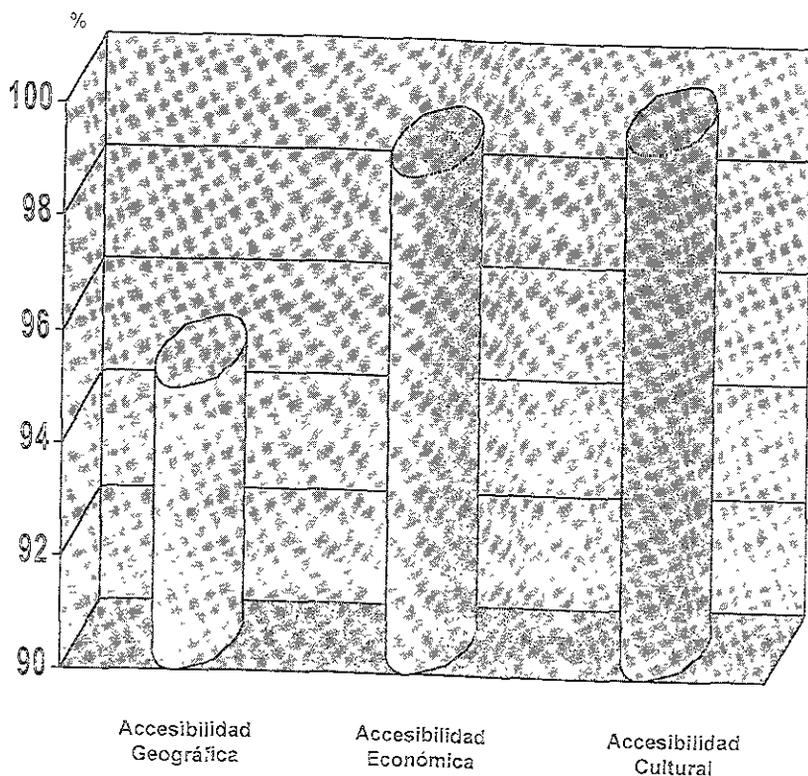


FIGURA 4

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO

DIMENSIÓN COMPETENCIA
PROFESIONAL

Nivel de satisfacción

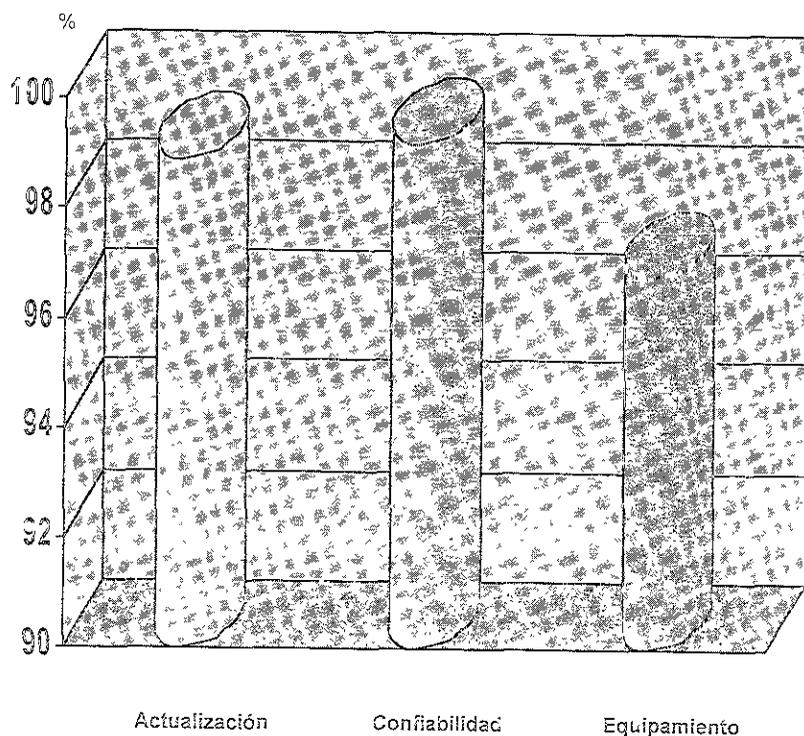
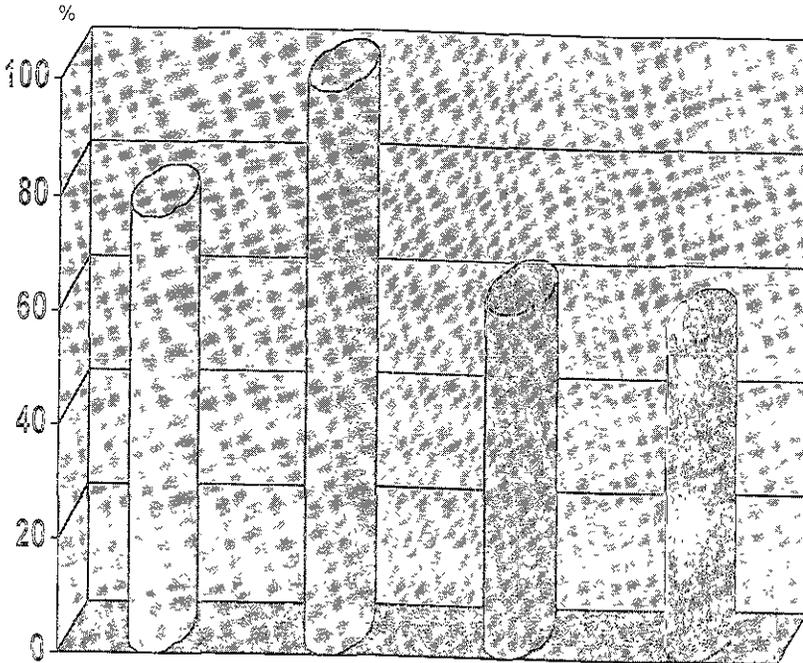


FIGURA 5

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO

DIMENSIÓN INFORMACIÓN RECIBIDA

Nivel de satisfacción



Información
sobre el
padecimiento

Información
sobre el
tratamiento

Información
sobre el
pronóstico

Respuesta a
interrogantes

FIGURA 6
NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO
DIMENSIÓN RESULTADOS DE LA
ATENCIÓN

Nivel de satisfacción

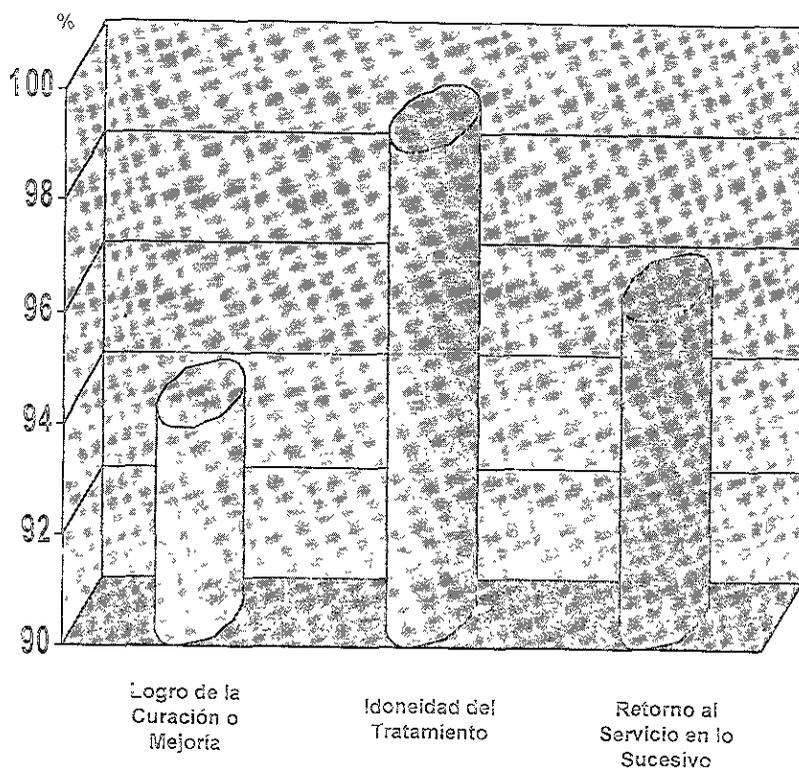


FIGURA 7

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL
PACIENTE DEL SERVICIO MÉDICO
BANCARIO

DIMENSIÓN TRÁMITES
BUROCRÁTICOS

Nivel de satisfacción

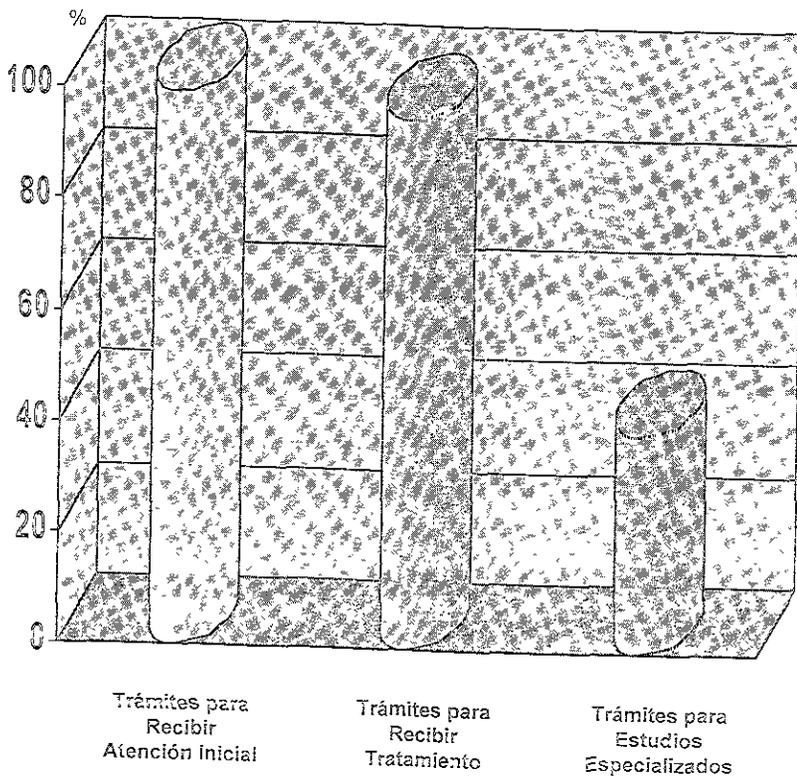
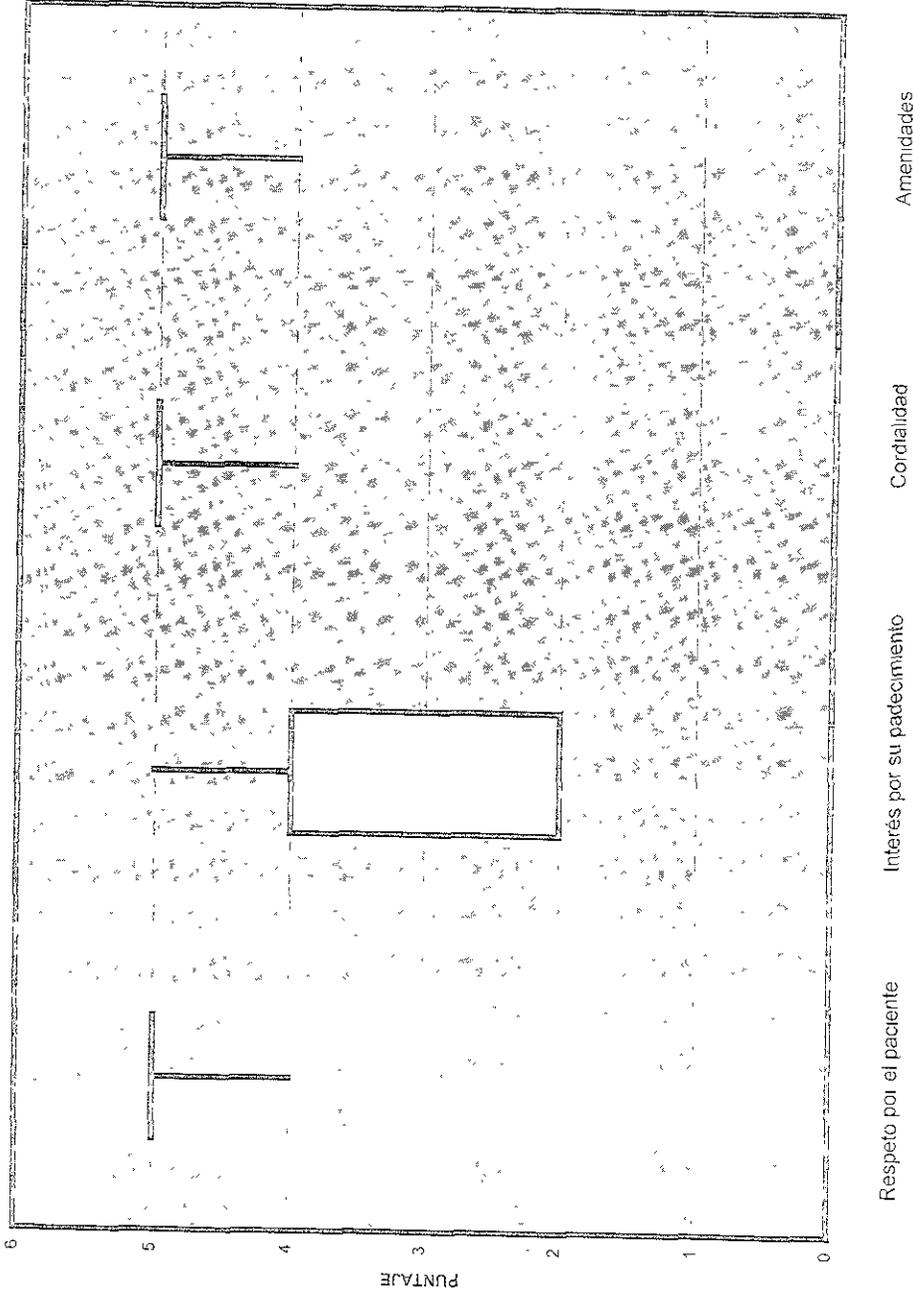
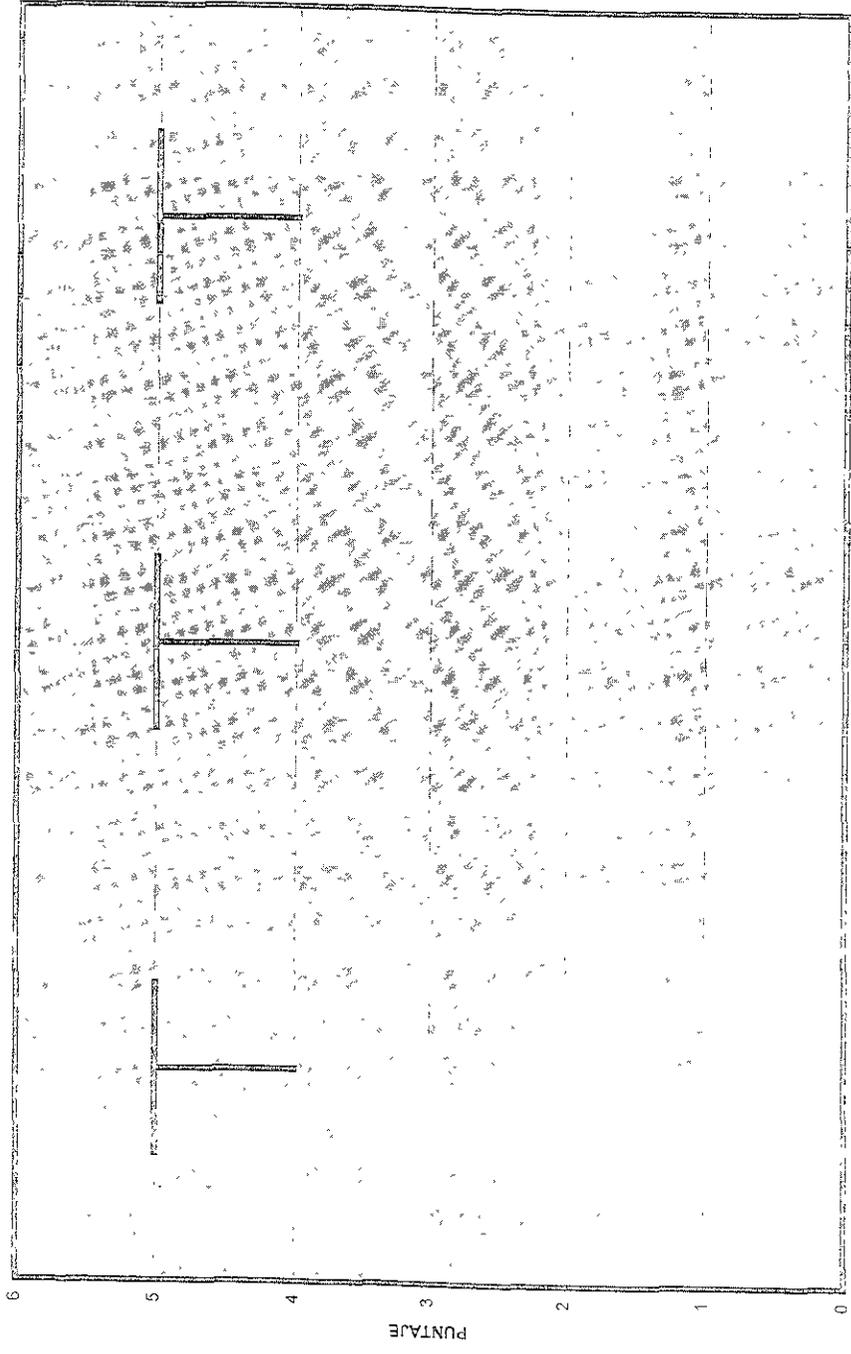


FIGURA 8
DIMENSION TRATO HUMANO



INDICADORES

DIMENSION ACCESIBILIDAD



Geografica

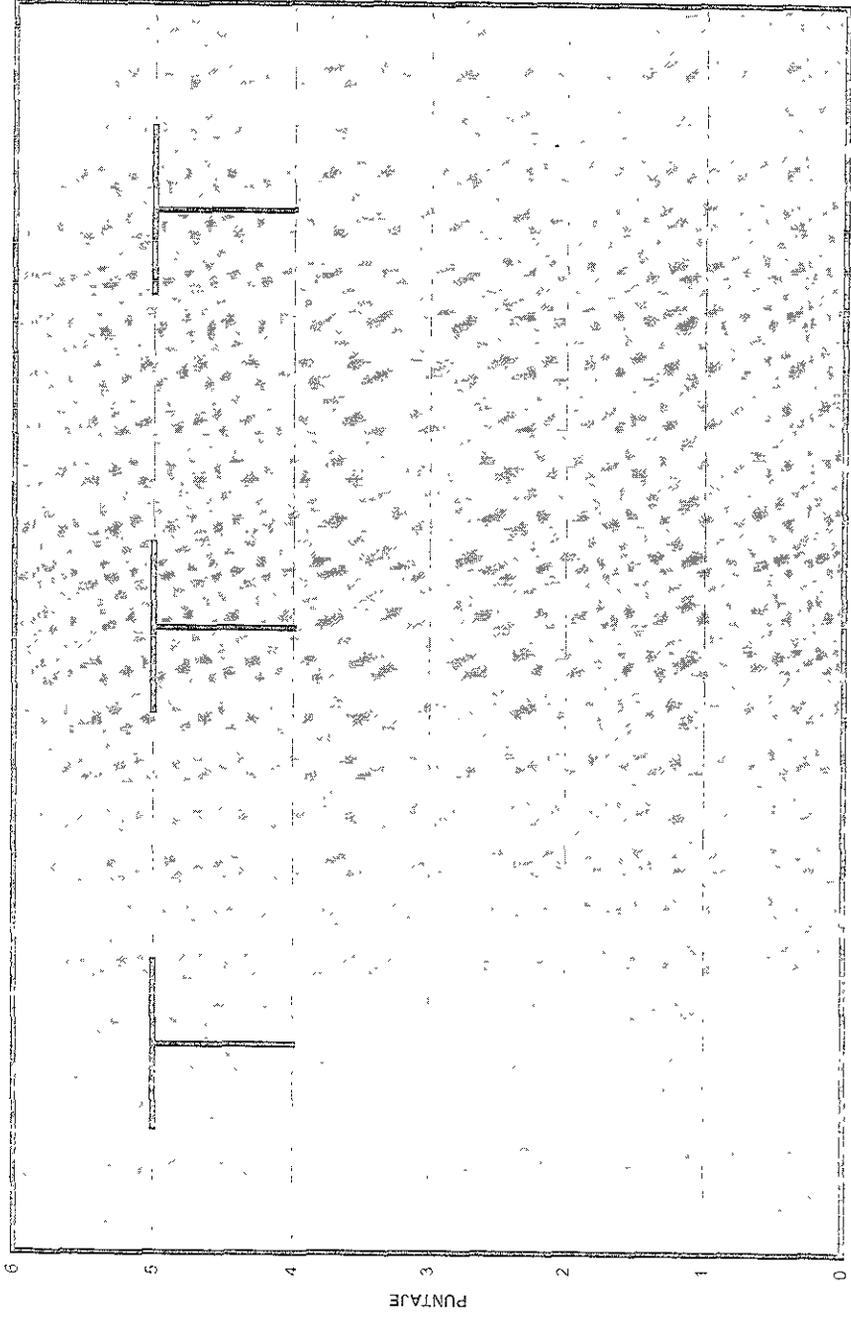
Económica

Cultural

INDICADORES

DIMENSIÓN COMPETENCIA PROFESIONAL

FIGURA 10



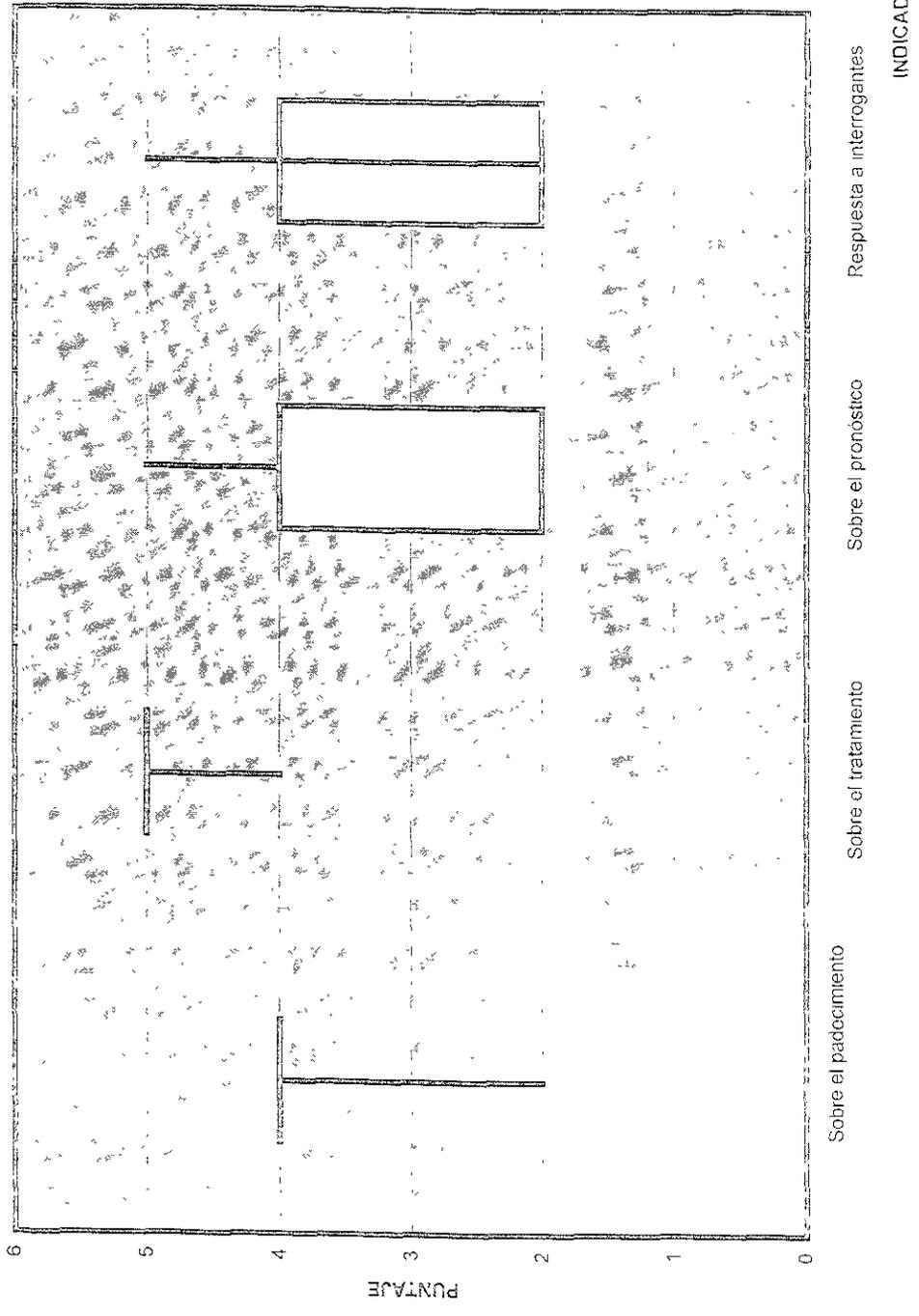
Actualizacion

Confiabilidad

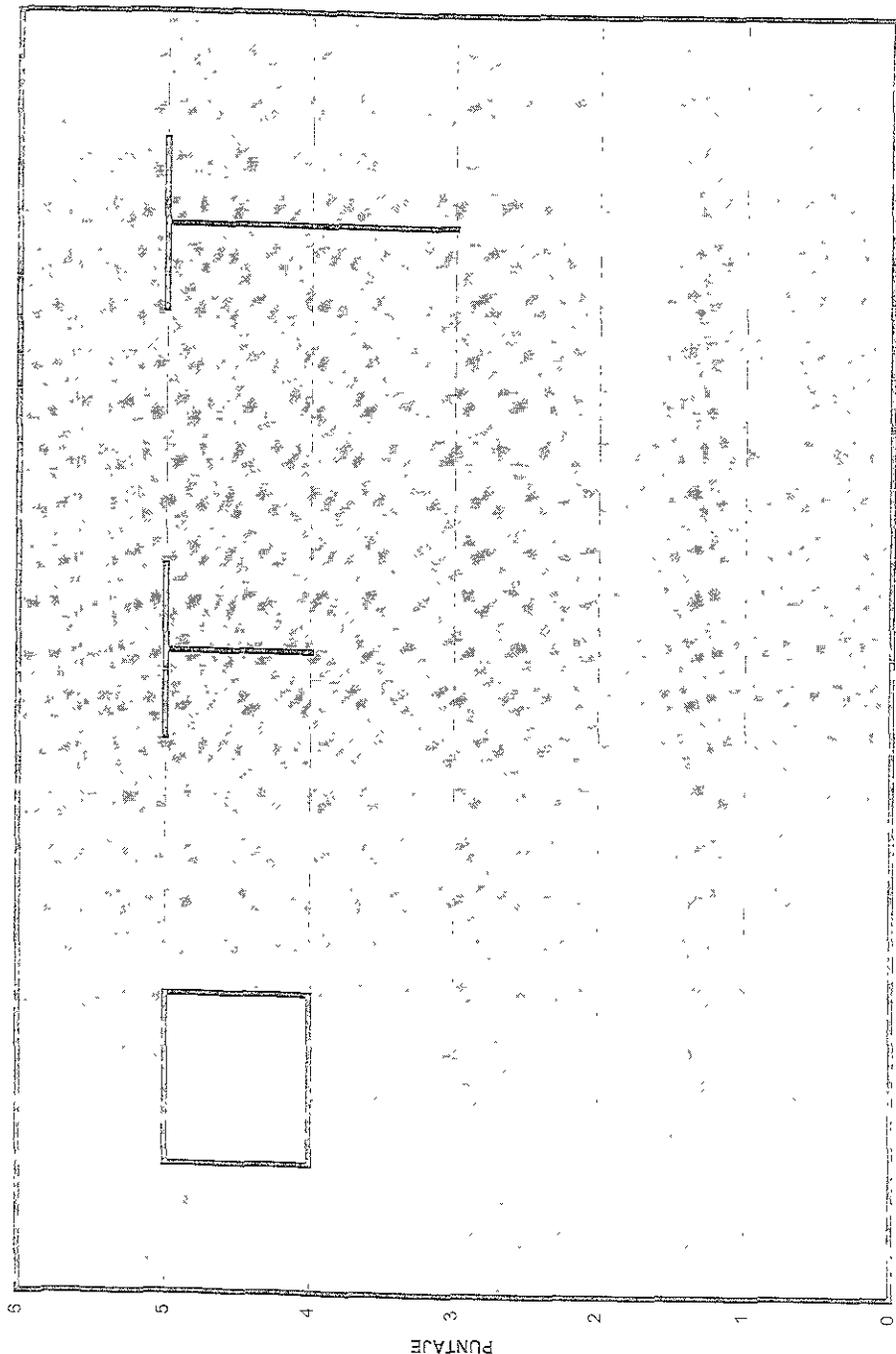
Equipamiento

INDICADORES

FIGURA 11
DIMENSIÓN INFORMACIÓN RECIBIDA



DIMENSIÓN RESULTADOS DE LA ATENCIÓN



Logro de la curación o mejoría

Idoneidad del tratamiento

Retorno al servicio en lo sucesivo

INDICADORES

FIGURA 13
DIMENSIÓN TRÁMITES BUROCRÁTICOS

