

112262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
C.M.F. DR. IGNACIO CHÁVEZ

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CUATRO GRUPOS
DE MÉDICOS DE LA CLÍNICA. "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DEL ISSSTE.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

DR. ALBERTO ALAMILLA MURILLO



ISSSTE

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impre
contenido de mi trabajo recepción
NOMBRE: Dr. Alberto Alamillo
FECHA: México 12/11/2003
FIRMA: [Firma]

México, D.F., 2003

REGISTRO CON
ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CUATRO GRUPOS
DE MÉDICOS DE LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DEL ISSSTE**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
Medicina General Familiar.**

Presenta:

DR. ALBERTO ALAMILLA MURILLO

**I. S. S. S. T. E.
Sub-Delegación Médica
Zona Sur, D.F.**

AUTORIZACIONES:



JUN. 13 2003



Clinica Dr. Ignacio Chávez


**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR Y JEFA DE ENSEÑANZA
EN LA U.M.F. "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
ASESORA DE TESIS**


**DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2

**SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CUATRO GRUPOS
DE MEDICOS DE LA CLÍNICA "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DEL ISSSTE.**

**Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
Medicina General Familiar**

Presenta:



DR. ALBERTO ALAMILLA MURILLO



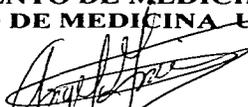
**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3

Dedicatoria:

A mis Padres:

Este trabajo es especialmente dedicado a mis Padres, por su gran apoyo en todos los aspectos de mi vida.

Sin ése apoyo ninguno de mis logros hubiese sido posible.

Muchas gracias Padres míos....

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resumen

Objetivos: Determinar las diferencias en cuanto a la satisfacción de los usuarios de Médicos Especialistas de Medicina Familiar en Plan de tres años, Plan de dos años, Médicos generales y Médicos de otra especialidad, en el primer nivel de atención, en la consulta externa de la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez del ISSSTE.

Material y Métodos: Es una investigación Cuantitativa, Observacional, Transversal, Comparativa, Descriptiva. Se compararon cuatro grupos de médicos que laboran en atención primaria en la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez del ISSSTE: Médicos Generales, Médicos Familiares en sus dos modalidades: programa semiescolarizado de 2 años y especialistas de 3 años; y Médicos de otra Especialidad no Familiar. Por medio de 166 encuestas donde se midió la satisfacción del usuario en la atención médica.

Resultados: El grupo de Médicos Familiares de Tres años junto con el grupo del Médico Especialista No Familiar obtuvieron porcentajes más altos en la satisfacción del usuario, seguido del Médico Familiar del plan de dos años y por último el Médico General, resultados que se repitieron en casi todas las variables medidas. Se realizaron pruebas estadísticas de J^2 de los resultados del médico familiar de tres años contra los resultados de los demás médicos encontrándose diferencias significativas a favor de los primeros en variables como son: amabilidad y cortesía, manejo de información, prevención, satisfacción general, etc.

Conclusiones: En este estudio en la Clínica Ignacio Chávez, en la población usuaria encuestada, se obtuvo que el médico familiar de tres años presentó una mayor capacidad para lograr la satisfacción del paciente y en los objetivos básicos de la medicina familiar como son educación para la salud y prevención.

Palabras clave: *Satisfacción del usuario, Calidad, Primer nivel de atención, Medicina familiar.*

Abstract

Objectives: Determine the difference, about the satisfaction of the users of specialists physicians in family medicine in a plan of three years, two years, general physicians and physicians of other specialities, in the first level of attention, in the external consulting of the clinic of family medicine "Dr. Ignacio Chávez", ISSSTE.

Material and Methods: Quantitative, observing, cross-sectional, comparative, and descriptive investigation. It has been compared four groups of physicians that work in primary care in the clinic of family medicine "Dr. Ignacio Chávez". ISSSTE: general physicians, family physicians in three modalities: program of two years and specialists of three years; and not family physicians, but with other specialty. By 166 questionnaires in which was measured user satisfaction in the medical attention.

Results: The group of family physicians of three years together with the group of physicians of other specialities, they obtained highest percentage in the satisfaction of the user. Followed by the family physician of two-year plan, and at last the general physicians, results that had been repeating in almost all the measured variables. Statistic J_i^2 proves where realized from the results of the family physician of three years against the results of the others physicians, finding significative difference in favor of the first ones, in variables like: amiability and politeness, management of information, prevention, general satisfaction, etc.

Conclusions: In this investigation in the clinic "Dr. Ignacio Chavez", ISSSTE; in the usuary population requested, it was obtained that the family physician of three years, shows a major capacity to achieve the satisfaction of the patient and in the basics objectives of family medicine like prevention and health education.

Keywords: *User satisfaction, quality, primary care, family medicine.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Índice

1.	Introducción	1
2.	Marco Teórico	3
2.1.	Antecedentes	3
2.1.1.	Historia en México de la calidad en la atención médica	3
2.1.2.	Derechos de los pacientes	5
2.1.3.	Calidad	
2.1.3.1.	Definición	6
2.1.3.2.	La calidad en la atención médica	7
2.1.3.3.	Evaluación de la calidad	9
2.1.3.4.	Los pacientes y la definición de calidad	10
2.1.3.5.	Garantía de calidad	12
2.1.4.	Satisfacción del usuario en la atención médica	13
2.1.5.	Importancia de la relación médico-paciente en la satisfacción del usuario	17
2.1.5.1.	La información	19
2.1.6.	Factores que influyen en la Percepción del Usuario	20
2.1.6.1.	Aspectos no sanitarios en el entorno de la atención médica	22
2.1.7.	Métodos para medir la Satisfacción del Usuario	23
2.1.7.1.	Las Encuestas	25
2.1.8.	Programa de Calidad ISSSTE	25
2.1.9.	Aportaciones de la Medicina Familiar a la mejora de la calidad de los servicios de salud	27
2.1.9.1.	Diferencias entre médico general y médico familiar	27
2.1.9.2.	La Medicina Familiar, situación actual en México	28
2.1.9.3.	Plan de Estudios de Medicina Familiar	29
2.1.9.4.	Diferencias con el plan de dos años	30
2.1.10.	CMF Dr. Ignacio Chávez, características	30
2.2.	Planteamiento del Problema	31
2.3.	Justificación	33
2.4.	Objetivos	35
3.	Material y Métodos	36
3.1.	Tipo de estudio	36
3.2.	Diseño de investigación del estudio	36
3.3.	Población, lugar y tiempo	36
3.4.	Muestra	37
3.5.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	37
3.6.	variables	38
3.7.	Definición conceptual y operativa de las variables	39
3.8.	Diseño estadístico	40
3.9.	Instrumento de recolección de datos	41
3.10.	Método de recolección de datos	41
3.11.	Maniobras para evitar o controlar sesgos	42

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.12.	prueba piloto	42
3.13.	Procedimientos estadísticos	42
3.13.1.	Plan de codificación de datos	42
3.13.2.	Diseño y construcción de la base de datos	43
3.13.3.	Análisis estadístico de los datos	44
3.14.	Cronograma	44
3.15.	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	45
3.16.	Consideraciones éticas	45
4.	Resultados	46
5.	Discusión	62
5.1.	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en la Medicina Familiar	67
6.	Conclusiones	68
7.	Referencias.....	69
8.	Anexos.....	74

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CUATRO GRUPOS DE MÉDICOS DE LA CLÍNICA. "DR. IGNACIO CHÁVEZ" DEL ISSSTE.

Introducción

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención, para lo cual, para mejorarla se han desarrollado diversas acciones como son: círculos de calidad, sistemas de monitoria, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios entre otros.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común; ya que a partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida; obteniéndose información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos, dándonos a conocer sus necesidades y expectativas. Siendo este método uno de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han basado en el modelo desarrollado por Donabedian, donde propone el análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. En base a lo anterior se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura, el proceso y el resultado.

En el ámbito sanitario, se puede decir que esta preocupación por la opinión de usuario es reciente, habiéndose dado un giro, desde una práctica egocéntrica, donde la opinión del paciente contaba poco, hasta una manera de trabajar asumiendo conceptos de empresa de servicios, donde la opinión del paciente es clave para orientar el servicio de calidad³⁰.

La calidad debe basarse en la calidad percibida por el cliente, esto es, la calidad es lo que el cliente dicen que es, y la calidad de un producto o servicio determinado es lo que el cliente percibe que es¹⁶.

El averiguar el grado de satisfacción de los usuarios es uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y gestión del funcionamiento de los servicios sanitarios. El objetivo que se persigue es describir la conformidad del paciente con el servicio percibido.

Es claro que los servicios de salud se dividen en dos partes: 1.La atención técnica, 2.La atención interpersonal; en esta última los clientes juegan un rol decisivo al decir que es apropiado y aceptable y lo que no lo es.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La evaluación sistemática de la satisfacción del derechohabiente, aporta un elemento de juicio excelente para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la calidad y eficiencia de la actividad médica; evitando así opacar una atención técnica que pudiera ser excelente.

Tomando en cuenta lo anterior, en nuestro país la atención de la salud en el primer nivel esta dada por médicos con diferentes niveles de capacitación académica, siendo el médico con la especialidad en Medicina Familiar en el plan académico de tres años, la principal constante; sin embargo aún existen en gran número en este nivel de atención, Médicos Generales, Médicos Especialistas no Familiares (cirujanos, ginecólogos, anesthesiólogos, etc.) y un cuarto grupo de Médicos Familiares, del plan de dos años, el cual surge como un curso semiescolarizado, en un intento para la capacitación de médicos generales por parte institucional como es el ISSSTE.

Por lo antes dicho sería de gran interés medir el grado y detectar las diferencias en cuanto a satisfacción del usuario, entre los diferentes grupos de Médicos que se desenvuelven en atención primaria.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CUATRO GRUPOS DE MÉDICOS DE LA CLÍNICA. "DR. IGNACIO CHÁVEZ" DEL ISSSTE.

Antecedentes

La importancia de la atención médica con "calidad" es mencionada desde la declaración de Alma Ata en 1978¹: "Salud para todos en el año 2000"; hasta la declaración de Sevilla de mayo del 2002²; en donde se hace referencia a la necesidad de centrar las organizaciones ciudadanas en el ciudadano. Es decir identificando la manera que éstas puedan cubrir las necesidades y demandas de los individuos y sus familiares².

Historia de la Calidad en la Atención Médica:

Historia en México.

Desde el libro que Lee y Jones elaboraron "*Fundamentos de una buena atención Médica*" publicado en 1933, por el comité sobre los Costos de la Atención Médica constituye una de las premisas de la Calidad de la Atención, la definición de la buena atención médica como punto de partida para evaluar las necesidades de atención y contribuir a la planificación de los servicios³

A pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que ha causado gran preocupación tanto nacional como internacionalmente, en niveles de la medicina institucional y privada, no había existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla. Sin embargo al realizar una revisión de los esfuerzos que se han llevado a cabo en diferentes instituciones del Sector Salud, se encuentra un número importante de trabajos y publicaciones que enfocan aspectos muy variados con este tema⁴.

Esta falta de información ha empezado a cambiar rápidamente en los últimos años.

Desde 1956 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se sentaban las bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención a través de la revisión del expediente clínico. Evolucionando a tal grado que dicho modelo fue adoptado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Para 1973 se edita "El expediente Clínico en la Atención Médica" definiéndose con precisión la técnicas para su elaboración⁵.

Aún cuando en las referencias antes mencionadas el enfoque fundamental era con base en la revisión del expediente clínico, en 1974 se realizaron diversas publicaciones por el grupo de González⁵, relacionados con la evaluación médica, en aspectos como: la autocrítica del médico como instrumentos para mejorar la calidad de la atención, evaluación de la calidad de la atención de enfermería a través de la revisión de sus registros, evaluación de la eficiencia de un médico en base en su productividad y sus posibles repercusiones en la calidad, etc.

Al mismo tiempo ya se planteaban otros aspectos que no se llegaron a evaluar, como son: Las condiciones de dotación y funcionamientos del equipo médico,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

abastecimiento y disposición de equipo de consumo y medicamentos, la importancia de la relación médico-paciente".

Posteriormente han aparecido publicaciones extensas en relación con evaluación y administración de servicios de salud que continúan desarrollando y consolidando este procedimiento como promotor de calidad y atención; así tenemos a Simón Fel en 1978, Cordera Pastor en 1983. Avedis Donabedian y González Posada en 1984⁵.

Si bien los esfuerzos para evaluar y mejorar la calidad hospitalaria puede rastrearse en este país desde finales de la década de los cincuenta, tal vez 90% de éstos se han producido en los últimos 5 años. En 1984 se inició en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA la primera experiencia de mejora continua de la calidad en un hospital de América Latina, una de las pioneras en el mundo, mediante una adaptación de "círculos de calidad", que permitieron demostrar resultados concretos de mejora de la calidad en este hospital de alta especialidad^{6,7}.

En julio de 1987, la Subdirección General Médica del IMSS editó el documento "Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS", incluyendo un "Instructivo" y una "Cédula de Registro", documentos que representaron una aportación directa a los trabajos del Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, que editó ese mismo año las "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud".

En 1992 nuestro país obtuvo la sede del congreso mundial de la Sociedad Internacional de Calidad de Atención a la Salud, organismo que agrupa a representantes de no menos de 60 países que representó el Mexicano Dr. Enrique Ruelas Barajas entre 1992 y 1995. Con motivo de dicho congreso se dieron las condiciones para que ese mismo año se formara La Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud⁸.

A partir de 1994 la evolución sobre le tema empezó a ser mucho más intensa y rápida. Ese año, la Fundación Mexicana para la Salud, llevó a cabo la primera encuesta nacional sobre satisfacción de la población mexicana con los servicios de salud. En 1995 se establecieron las dos primeras organizaciones privadas dedicadas a evaluar la calidad de los servicios de salud y a asesorarlas para mejorar sus niveles de calidad. Qualimed S.A de C.V., orientada principalmente hacia la dimensión técnico-científica, y la segunda, Dimensión Interpersonal S.A. de C.V. especializada en encuestas a pacientes para determinar su nivel de satisfacción con la atención médica⁹.

En 1996 el Secretario de Salud creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico lo que sirvió para ofrecer un canal de comunicación y asesoría para resolver diferencias entre pacientes, médicos, hospitales y otros profesionales de salud y fomentar la calidad de la atención médica⁹. En ese mismo año la propia Secretaría de Salud mediante la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, inició un programa de mejora continua de calidad de sus unidades hospitalarias y de primer nivel⁷.

En el año de 1998 se inició formalmente el Plan Integral de Calidad del Instituto Mexicano del Seguro Social; y se inició la primera evaluación comparativa (benchmarking, comparar los productos y procesos propios contra los mejores)¹⁰ de la calidad de un grupo de hospitales privados líderes en la Ciudad de México, que realizó una de las principales compañías aseguradoras del país.

A partir de ese mismo año empiezan a otorgarse premios estatales a la calidad, siendo premiados dos organizaciones hospitalarias y una secretaria de salud⁷.

A la fecha, son múltiples ya las iniciativas de los propios hospitales privados, de las instancias gubernamentales (federales y estatales) y de las compañías aseguradoras en busca de mejorar cada vez más la calidad de los servicios hospitalarios. Un acontecimiento de gran trascendencia es la creación de la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, por parte del Dr. Juan Ramón de la Fuente; creándose el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación por el secretario de salud⁷.

Actualmente el **Plan Nacional de Salud**¹¹ que se comprende dentro del Plan Nacional de Desarrollo de la actual administración, el cual tiene como políticas rectoras: Calidad, equidad, y protección financiera.

Todas estas acciones e intentos por una atención de salud con calidad responden a acuerdos internacionales, relacionados con derechos humanos, ética, etc. situándose, como un derecho en todas las sociedades; incluyendo nuestro país en que es un derecho constitucional¹⁴.

Derechos de los pacientes:

La persona en su calidad de paciente tiene diversos derechos, a la vez que asume también obligaciones. La determinación de estos derechos y deberes ha dado lugar a innumerables discusiones; lo cierto es que a lo largo de la historia han estado implícitamente reconocidos en los juramentos médicos y códigos de ética.

Los avances tecnológicos, el aumento de la población y su promedio de vida, con la consecuente demanda hospitalaria y la "burocratización creciente de los servicios", han derivado en la necesidad de enfatizar los derechos de los usuarios de la atención médica¹².

En nuestro país, la protección de los derechos de los pacientes, llamados usuarios por la Ley General de Salud¹³, y el señalamiento de sus respectivos deberes emerge del párrafo tercero del artículo 4º constitucional, que establece como garantía individual la protección a la salud¹⁴.

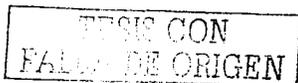
Este derecho entendido como el sistema de normas jurídicas que "regula los mecanismos para garantizar la protección de la salud como bien supremo del hombre", tiene por finalidades, entre otras, la conservación de la salud humana, la promoción de actitudes responsables, el disfrute de servicios que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, así como el adecuado aprovechamiento y utilización de estos¹².

Derechos.

Podemos definir a los derechos de los pacientes como el conjunto de prerrogativas, atribuciones y libertades inherentes a los seres humanos en la prevención, cuidado y rehabilitación de su salud.

Existen postulados básicos de dignidad, calidad, del consentimiento informado y del derecho a inconformarse, cuya validez es universal y de donde emanan otros más complejos.

Abordaremos los dos primeros por ser los relacionados a nuestro tema.



La atención Digna.

La dignidad es el punto de partida para la relación médico paciente e inclusive, para un adecuado desarrollo del tratamiento. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos de los pacientes manifiesta que la dignidad envuelve la consideración a la cultura y valores del paciente. De este modo el trato digno comprende el respeto a la persona y su intimidad. Dentro de este amplio espectro del trato digno, también se encuentra el principio de igualdad que excluye cualquier forma de discriminación¹².

En otras palabras, la dignidad equivale a lo que el mencionado Programa Nacional de Salud¹¹ llama "calidez de la atención", conforme a la cual, el personal de salud tiene un deber de consideración al paciente y de buscar su satisfacción plena¹².

La atención con Calidad.

Por calidad debe entenderse, nos dice el Programa Nacional de Salud, "el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes"¹¹.

La atención con calidad, indica la Declaración de Lisboa, consiste en el respeto a los mejores intereses del paciente y a la continuidad de la atención médica. El Programa Nacional de Salud agrega que la atención con calidad, de igual modo, significa disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social¹².

Calidad.

Definición de Calidad.

En la literatura existen diferentes definiciones sobre la Calidad, sin embargo según Stoner en su libro "Administración" nos refiere que "No existe una definición única de Calidad, ya que es algo que va evolucionando"¹⁰. Al igual menciona Ramírez "Nos encontramos ante un concepto (calidad) en continua evolución, que ha ido matizándose y enriqueciéndose con el desarrollo industrial y social de cada época, y que sin duda continuará haciéndolo"¹⁵.

Existen otros autores como Joseph Juran quien definió la calidad como "adecuación al uso"; es decir, la capacidad que tiene un producto o servicio para satisfacer las verdaderas necesidades del cliente¹⁰.

La calidad de un producto o servicio es definida por la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los clientes^{15,16}.

Según Deming, máximo experto en gestión de calidad, la calidad no quiere decir lujo. La calidad es un grado de uniformidad y fiabilidad predecible, de bajo costo y adaptado al mercado. En otras palabras la calidad es todo lo que el consumidor necesita y anhela¹⁷.

Como se puede ver en casi todas las definiciones la calidad tiene que ver con el hecho de que los clientes queden satisfechos con el producto o servicio. Esto quiere decir que la calidad de un objeto no consiste precisamente en su presentación o apariencia externa, si no en el hecho de que responda a las expectativas del usuario. Por lo tanto se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

puede afirmar que un producto tiene calidad en la medida que el uso del artículo que el cliente ha comprado, lo deja satisfecho.

Dado que la calidad se define como satisfacción a los requerimientos de los consumidores, la voz del cliente debe ser el punto de partida de todo el trabajo que lleva a cabo las empresas e instituciones.

La Calidad de la Atención Médica

Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como calidad de la misma el "Conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"¹⁵.

En la búsqueda de una definición de calidad de la atención médica, ésta puede dividirse en dos aspectos importantes según Avedis Donabedian en su libro "La Calidad de la Atención Médica"¹⁶; El técnico y el interpersonal. El aspecto técnico es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema de salud. Es decir el aspecto técnico se trata de la enfermedad. Por otra parte, el aspecto interpersonal representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo^{9,18,19}. Aun con sus fundamentos relativamente débiles, en el manejo de las relaciones interpersonales es fácil ver cómo puede influir sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico. Puede haber un tercer elemento como son sus "amenidades". Este término pudiera describir características tales como una sala espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, un espejo de exploración bien lubricado, que no este demasiado caliente ni demasiado frío, buena iluminación, etc. El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares^{9,18}.

La calidad de la atención es aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de haber uno tomado en cuenta el balance de ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes¹⁸.

Para Donabedian la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. La define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. 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, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma^{9,19}.

La calidad de la atención médica es la misión principal que debe tener las instituciones y los profesionales para alcanzar el compromiso ético de ofrecer el mejor servicio a los ciudadanos. El concepto de calidad ha evolucionado desde el planteamiento inicial de garantizar el producto o de controlar las diferentes etapas de su producción al de su visión integral que tiene como centro las necesidades, demandas, expectativas y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

satisfacción del paciente^{20,21}. Esta visión de calidad total comprende todas las etapas y funciones de la asistencia y está representada no sólo por la calidad científico técnica (eficacia, efectividad, adecuación) sino también por la calidad percibida, entendida como la diferencia entre lo que el paciente espera /desea y lo que percibe (accesibilidad, capacidad de respuesta, trato, seguridad, fiabilidad)^{9,16,20,22}.

Como se puede ver en cuanto a la definición de calidad, la de la Organización Mundial de la Salud es de las más completas, sin embargo en esencia todas acuerdan lo mismo: obtener los mejores resultados con el mínimo de riesgos, y la mayoría de los autores al describir la calidad lo hacen en sus dos dimensiones la Técnica y la Interpersonal, valorando la perspectiva del paciente.

La calidad en la prestación de servicios en una Unidad Médica puede enfocarse desde distintos puntos de vista, en función de expectativas diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores, y su recepción por parte del paciente que las requiere. Abordaremos las expectativas de los tres actores de la atención médica a como lo describen Ruiz de Chavez⁴ y Aguirre Gas⁵:

Expectativas de la Institución. La institución o unidad médica que otorga la atención, pretende que ésta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con: oportunidad; calidad; conforme a las normas y programas que la propia institución emite; dentro de los rangos de productividad esperados; acorde con presupuesto de costos calculado; con abatimiento de la morbilidad y ausencia de quejas.

Expectativas del Trabajador: El trabajador espera lograr satisfacción en la realización de sus labores, a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones y con equipo e instrumental apropiados; con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas, y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Expectativas del paciente. Los pacientes que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y trasportación, cómo 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, temperatura, ventilación, privacía, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. También espera contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería; recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación; personal médico, paramédico, y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga, realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable; así como con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema que motivó el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación; egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación de la Calidad

Existen numerosas definiciones de evaluación, aplicables a la calidad de la atención médica:

El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación ha definido a la evaluación de la calidad de la atención médica como: "el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes; asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador del servicio y de la institución; también se extiende a la formación de los recursos humanos y al desarrollo científico del personal"¹⁴.

"Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de los recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos"¹⁵.

Como puede observarse, aunque expresadas con términos diferentes, estas definiciones concluyen en un mismo concepto: establecer un juicio de valor en relación con el proceso de atención médica dentro de un marco previamente definido.

El objetivo de la evaluación es ser el instrumento para integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica con base en la aplicación de un instrumento uniforme de evaluación o autoevaluación, para facilitar la identificación de los problemas en la prestación de los servicios, plantear las alternativas de solución, llevar a cabo el seguimiento de la que se considera más adecuada hasta su solución. Con esto se busca contribuir a que la prestación de los servicios se logre con mayor calidad, eficiencia y sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes usuarios¹⁶.

Según el Español Ramírez Puerta el objetivo de la evaluación es "Garantizar una calidad óptima en la atención sanitaria que se presta al usuario, pero a la vez constituye un procedimiento eficaz que ayuda al profesional a buscar la solución más apropiada a los problemas de salud de la población. Para ello se ha de partir de la detección del problema relacionado con la asistencia y establecer oportunidades de mejora, evaluando las mismas y proponiendo e implementando medidas correctoras"¹⁵.

En esencia ambos autores mencionan los mismos objetivos: detectar áreas de oportunidad, debilidades, buscar y plantear soluciones adecuadas.

Como se mencionó anteriormente la calidad tiene múltiples dimensiones, los enfoques son diferentes y la evaluación debe dar atención a cada uno de ellos; sin embargo, en algunos de los aspectos señalados existe concordancia de las expectativas entre dos o, inclusive, entre los tres actores en la atención médica. Debiéndose lograr un balance óptimo entre la calidad de la atención por una parte y la eficiencia en la prestación de los servicios por otra. Partiendo de la base del derecho a la salud de los pacientes y de la disponibilidad limitada de recursos del país⁵.

No es factible esperar que se otorgue una atención de calidad cuando no se dispone de los recursos suficientes que permitan satisfacer las necesidades de la población demandante, tanto como cuando dicha atención se otorga por personal que no está satisfecho en el desempeño de sus labores⁴.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No es factible que el presupuesto de la salud sea ilimitado aún en los países más ricos del mundo, por lo cual debemos propiciar la eficiencia y administración racional de los recursos en las Unidades Médicas⁷.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común^{21,23}. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales²³.

La consideración de que el ciudadano cuenta con escasos o nulos conocimientos sobre las características de los servicios que se le prestan ha dado un paso a una situación en la que representa un papel de agente activo en la organización sanitaria. En sentido empresarial como ya se comentó, se trata de una orientación de servicio al cliente y la preocupación por satisfacer sus necesidades. Muestra de ello es el sistema Europeo para la Gestión de la Calidad, la orientación hacia el usuario y su satisfacción es el criterio con mayor peso específico a la hora de valorar la excelencia de una compañía²².

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud^{16,18,21}. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.¹⁸

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad)^{16,22,23}.

Los pacientes y la definición de calidad

Según menciona el Dr. Ruelas Barajas⁷: Es bien sabido que el paciente juzga con mucho mayor facilidad la dimensión interpersonal de la calidad, pues ésta se manifiesta a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

través del trato que recibe; en tanto que es difícil que pueda juzgar la calidad técnico científica. Al cuestionarle al paciente sobre la calidad de la atención, éste se enfoca al área interpersonal, es decir al trato por parte del médico, antes de al área técnica.

Por lo anterior, es fácil entender porque se percibe como mejor la calidad en los servicios privados (a expensas de la dimensión interpersonal); aún no se tiene suficiente información en México para juzgar la calidad de los hospitales y servicios de salud, desde el punto de vista técnico-científico, ni en el sector privado ni en el público⁷.

Según Avedis Donabedian¹⁸ los pacientes contribuyen individual y colectivamente de muchas maneras a la definición de calidad. La satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de la atención^{6,18,21}. La satisfacción influye sobre el acceso al cuidado, ya que es más probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica. Por lo que *la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención*. La valoración informal de la satisfacción tiene un papel aún más importante en el curso de cada interacción médico-paciente, ya que el profesional puede usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción, y al final, hacer un juicio sobre que tan adecuada ha sido¹⁸. Sin embargo la satisfacción del paciente tiene también algunas limitaciones como medida de calidad. Los pacientes generalmente poseen sólo una comprensión muy incompleta de la ciencia y la tecnología de la atención^{7,18}.

Los consumidores, es decir, los pacientes, pueden ser agentes que protejan e incrementen la calidad de la atención, teniendo en cuenta que pueden ser²⁴:

- 1.- Productos de la atención médica.
- 2.- Quienes fijan las pautas de la atención.
- 3.- Reguladores de la atención.
- 4.- Jueces de la calidad de la atención.

Esto es, los consumidores generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos en su propio cuidado. Lo pacientes fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la atención que se brinda al decidir cuál deben recibir o rechazar. Final mente, juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias²⁴.

Términos como: "Aseguramiento de la Calidad", "Mejoramiento Continuo", "Calidad Total", "Garantía de Calidad", etc., en ocasiones se interpretan como estrategias en competencia y, a veces, como conceptos sinónimos. Se ha propuesto que si se entiende el concepto de "Garantía" de acuerdo con su correcta acepción, como "acto y efecto de afianzar lo estipulado", o como "cosa que protege contra algún riesgo o necesidad", o como "responder de la calidad de algo", garantía de calidad debe ser el término genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o evitar o minimizar riesgos⁸.

Aún más, a la luz del derecho constitucional a la protección de la salud, "garantía de la Calidad" es requisito y, a la vez, objetivo consustancial de ese derecho^{8,12,14}.

El posible conflicto y confusión desaparece cuando se acepta que aseguramiento, mejoramiento continuo, calidad total, etc., son estrategias, surgidas en momentos históricos

específicos y con enfoques en algunos casos similares y en otros diferentes, que deben ser subordinadas al objeto hacia el cual se dirigen: garantizar la calidad, en este caso, de la atención a la salud⁶.

Garantía de la Calidad.

Trataremos de explicar este término tal como lo describe Veheggen²⁵ y Avedis Donabedian²⁶.

Lo que se propone con este término, es la aplicación de la garantía de la calidad en el comercio y la industria aplicada en el sector salud. A través de la garantía de la calidad se intenta dar respuesta a los problemas a los que se enfrenta, en la actualidad, el sistema de atención a la salud: La elevación de los costos, la disminución de la accesibilidad (reflejada en las listas de espera), una creciente población de viejos que demanda cada vez más atención y la escasez de personal.

Algunos de los defectos que presenta el sistema de garantía de la calidad tradicional son: carece de una teoría general acerca del origen de los riesgos en el complejo proceso de atención a los pacientes y tiende a causar estancamiento, ya que no conduce a un verdadero mejoramiento^{13,25}.

La *garantía de calidad tradicional en la atención a la salud* se caracteriza por²⁵:

- El desarrollo de estándares y criterios para evaluar la calidad de la atención.
- La supervisión del apego a estos estándares y criterios.
- Una perspectiva profesional (médica), en donde el control de calidad es visto como la cura de las insuficiencias del proceso de atención.
- Un abordaje de inspección / resultados cuyo énfasis está en la estructura, en la presencia de elementos negativos del proceso y en la detección de resultados indeseables.
- Una relación estrecha con actividades como la evaluación de la tecnología o la inspección de aspectos financieros de la atención a la salud.

La *garantía de calidad moderna en la atención a la salud*.

Partiendo de la crítica hecha a la garantía de calidad médica tradicional, se ha desarrollado una garantía de calidad moderna en la atención a la salud basada en el modelo industrial, que se caracteriza por²⁵:

- Definición de la calidad como un sentido preferencial, como "adecuación al uso".
- Uso de teorías y modelos del comercio y la industria.
- Enfoque en el usuario en el proceso de la atención a la salud.
- Énfasis en el análisis del proceso en vez de simple inspección utiliza la técnica de resolución de problemas de Deming (planear, hacer, comprobar y actuar).
- Mejoramiento de los procesos de la atención por medio de la modificación de las percepciones de las diferentes partes involucradas.

Las enseñanzas en el comercio y la industria se usan para diseñar sistemas de garantía de calidad más efectivos en la atención de la salud; por supuesto tomando en cuenta las diferencias entre el campo de la atención a la salud, y del comercio y la industria. Sus semejanzas son también importantes ya que el servicio es un aspecto importante en

TESIS CON
PALMA DE ORIGEN

todos los niveles, desde la entrada a la clínica hasta la entrevista el médico y su salida de la clínica²⁶.

Lo que es aún más importante es que el paciente, o el proveedor, basa su juicio, en gran parte, en los aspectos del servicio. Lo que perciben del servicio será lo que llamen "Calidad de la atención".

El modelo de Calidad de servicio(industria y comercio) ofrece a la atención a la salud una teoría sobre la cual basar la garantía de calidad. Provee tanto un marco conceptual, como una escala de medición pragmática para medir las expectativas y percepciones de los pacientes²⁵.

En general la Calidad de la atención se define como un equilibrio entre la experiencia y las expectativas^{15,16,22,25}.

El Hospital Universitario de Maastricht puso en marcha este sistema, monitoreando la percepción de la calidad que tienen los pacientes, obteniendo excelentes resultados. Esta calidad que se percibe es la variable individual más importante que influye en las percepciones de valor de los consumidores, las que a su vez inciden en su intención de obtener servicios²⁵.

Son también importantes una adecuada cultura organizacional y la motivación de los trabajadores dentro de una institución de atención a la salud. Únicamente entonces podrá ser la garantía de la calidad una auténtica respuesta a los problemas a los que se enfrentan los sistemas de atención a la salud en la actualidad²⁵.

Satisfacción del Usuario en la Atención Médica

Un cliente /paciente esta satisfecho cuando sus necesidades, reales o percibidas, son cubiertas o excedidas. Entonces, la forma de saber lo que el cliente quiere y espera es preguntando y proporcionándole lo que quieren y un poco más²⁷.

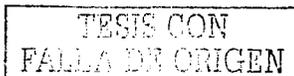
Se debe destacar la importancia que ha cobrado en la actualidad la orientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes, ofreciendo nuevos enfoques a los nuevos problemas y nuevas soluciones a los nuevos entornos tecnológicos y sociales.

De esta forma el paciente se convierte en el motor y centro del sistema sanitario. Las necesidades del paciente son "el eje sobre el que deben articularse las prestaciones asistenciales y construir la base de la organización de los servicios y de los propios hospitales²².

Satisfacción del Paciente

La satisfacción del paciente se define como "medida en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario"¹⁵.

El *objetivo* que persigue la evaluación de la satisfacción del paciente es describir la conformidad del paciente con el servicio percibido. Así, requiere tomar en consideración dos elementos. El primero responde a la expectativa del servicio, es decir, satisfacción esperada del futuro consumidor de salud. El segundo elemento es el servicio posteriormente percibido por él^{16,28}.



Los usuarios y su satisfacción son ahora la piedra angular del servicio de salud. Partiendo de esta premisa, se impulsa una nueva cultura de gestión, estableciéndose una serie de prioridades: La mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad de la asistencia por un mismo especialista, confortable y de alta calidad humana y científico-técnica²².

Todos estos son elementos forman parte de lo que se llama un servicio de calidad total y global, cuyo fin primordial y concreto sería la satisfacción del usuario. La satisfacción ha tenido también una evolución. Era un tema, normalmente, tratado desde la óptica de los proveedores de salud, es decir los médicos, que gracias a su experiencia y conocimientos, eran capaces de delimitar las necesidades de los pacientes, esto aunado a la idea de que los pacientes son incapaces de emitir un juicio imparcial y, por tanto, su criterio es subjetivo. En la actualidad se ha pasado a una nueva manera de entender la satisfacción del paciente, acudiendo directamente a ellos para determinar cuales son realmente sus necesidades y sus expectativas. En la atención médica la idea de conocer la satisfacción del usuario responde a la idea del paciente como el árbitro final de la calidad^{9,22}.

Se trata de una nueva forma de trabajar que, en la bibliografía alrededor de esta materia se ha denominado "Cuidados centrados o focalizados en el paciente"^{9,16,23,29,30}. Todo esto implica un cambio cultural de las organizaciones sanitarias y de la forma en que los profesionales deben tratar y ver al paciente / cliente.

Desde esta perspectiva, es necesario que el profesional de salud conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria^{22,25}.

La importancia creciente que tiene los estudios de la satisfacción de la población con los servicios sanitarios se debe a que la satisfacción juntamente con el estado de salud han sido propuestos como dos de los resultados de interés en la evaluación de la calidad de los servicios de salud^{21,22,31}. Según Fitzpatrick, la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención a la salud y un posible factor determinante de la utilización y de la conducta respecto al cumplimiento del tratamiento prescrito, lo que justifica que la satisfacción se incorpore como una medida de mejora de calidad³¹.

Teoría de la Satisfacción.

Entre las teorías de la satisfacción más extendidas y sobre la que existe mayor solidez empírica, destaca la correspondiente al denominado paradigma de la "desconfirmación de expectativas": según este enfoque se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), es decir, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado. Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positivas de las mismas, mientras que la mayor insatisfacción se produce en el paciente que posee una expectativa exigente y que recibe una mala asistencia²².

La técnica es sencilla: el punto de partida es conocer que necesita y espera el paciente (real y potencial). Estas necesidades se convertirán en requisitos y objetivos que configuran la calidad global del servicio de salud. Esto propone una reorientación de los procesos asistenciales para que incorporen el punto de vista del paciente, lo que "debe" revertir en una mejora de la efectividad y de la eficiencia, de acuerdo con el modelo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

calidad total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la satisfacción del paciente²².

El siguiente paso sería determinar si se están alcanzando los objetivos propuestos, esto es, evaluar la adecuación entre calidad de los servicios ofrecidos, disponibles y accesibles, y las necesidades de los usuarios y sus expectativas. Tal adecuación no puede evaluarse más que por el propio paciente, lo que éste recibe, lo que a su parecer ocurre durante la prestación del servicio; es la calidad percibida^{16,22,25}.

Con este análisis, y de concurrencia del binomio expectativas-calidad percibida, se obtiene el nivel de satisfacción del usuario de los servicios sanitarios^{16,22,28}, satisfacción que será tanto mayor, no sólo cuanto más adecuación se produzca entre expectativas y percepciones del paciente, si no cuanto mayor sea la superación de esas expectativas.

De esta manera la satisfacción del paciente dependerá de los siguientes factores²²:

1. Del grado de conocimientos de las expectativas. (Expectativas).
2. De la transformación de este conocimiento en oferta adecuada al mismo (calidad asistencial).
3. De lo que sucede en el momento de la verdad (calidad asistencial) o, mejor dicho, de lo que percibe el paciente en el proceso de prestación de estos servicios. (Calidad percibida).

Expectativas del Paciente

Como ya se mencionó, una forma de conseguir la máxima adecuación de los servicios prestados a las expectativas del paciente, y de esta manera lograr su satisfacción, es el conocimiento de dichas expectativas. Con base a dicho conocimiento se diseñaran los servicios y se ofrecerán de acuerdo a estas especificaciones.

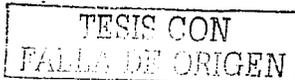
Los proveedores de los servicios de salud (médicos, administradores y empleados en contacto con los pacientes) deben identificar que esperan los pacientes de un servicio de salud para, de esta forma, conseguir su satisfacción^{22,25}.

La formulación de las expectativas, depende de los siguientes elementos²²:

- Las situaciones personales y las situaciones del momento.
- Las experiencias propias en el servicio (satisfacción anterior).
- La recomendación de los expertos (familiares y profesionales).
- El impacto de las comunicaciones (informaciones directas de los responsables de la gestión de salud o fuentes independientes).
- La cultura y educación de cada paciente.

Un estudio de Thomas demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción. En su estudio se establece que pueden darse cuatro tipos de expectativas: a) ideales o deseos; b) predecibles o basadas en la experiencia; c) normativas o relacionadas con "lo que debe ser" el servicio, d) inexistencia de expectativas²⁸.

Es decir, que las expectativas son individuales, dependen de las características de cada persona^{22,32}, pero a través de diversos estudios en relación con este tema los aspectos fundamentales en los que coinciden la mayoría de los usuarios respecto a qué esperan de los servicios sanitarios serían los siguientes^{22,23,32,33}:



- Relaciones interpersonales (tipo y profundidad de la información ofrecida según la demanda del paciente sobre su problema de salud, amabilidad, actitud receptiva, trato humano en general con los pacientes, interés, etc.)
- Aspectos técnicos de la atención (diagnóstico y medicación correcta).
- Aspectos relacionados con el confort (características y estado de las instalaciones, hostelería, horario de visitas, etc.).

Conocer y comprenderlas expectativas de los pacientes es crítico para la satisfacción. Es decir, si el médico primero descubre y comprende que es lo que el paciente espera de él. Existen expectativas prevalentes; como por ejemplo la expectativa de una exploración física y discusión del pronóstico, que el médico debe de incorporar estos elementos en todas las consultas. También debido a que las expectativas del paciente son variadas y pueden ser específicas, el médico puede simplemente preguntar "¿Hay alguna otra cosa en particular que esperaría que hiciéramos por usted?". Debido a que muchos pacientes tienen expectativas residuales no claras, el médico debe reservar tiempo para preguntar al final de la consulta "¿Le quedó alguna duda o hay algo que faltó o no quedó claro?" para facilitar las preguntas del paciente hacia el médico³⁴.

Calidad percibida y calidad del servicio.

Se insiste en que las expectativas no deben considerarse un límite (no son el nivel óptimo al que deben acercarse, en lo posible, las prestaciones sanitarias), si no que lo ideal es superar esas expectativas, de forma que se logren maximizar la satisfacción, y maximizar lo que algunos autores denominan "calidad sorpresa" que englobaría los aspectos no esperados por el cliente, de manera que se genera una fuerte sensación de "buen servicio".

Lo realmente importante para el consumidor es su grado de satisfacción. Este será el resultado según lo ya visto, de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida), que no exactamente es la que recibe (calidad asistencial). La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el usuario del mismo recibe no tiene porque coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente si estarán directamente relacionadas³².

Así se entiende por calidad percibida la evaluación que los pacientes realizan de la calidad asistencial que ha recibido en los servicios de salud por ellos demandados. Son percepciones subjetivas de una realidad objetiva^{16,22}.

El fin de una mejora continua en la calidad asistencial es el cuidado e impulso de la calidad percibida y, al mismo tiempo, potenciar estímulos para que los pacientes logre superar sus expectativas personales sobre el ideal²².

En E.U. existe una clara importancia para la satisfacción del paciente, por medio de los programas de relaciones con pacientes o visitantes. Esta es una función tiene la responsabilidad de enterarse de las quejas de los pacientes y de activar un enfoque sistemático tendiente a evaluar la satisfacción o insatisfacción de los pacientes con la atención que proporciona el hospital. Las instituciones estadounidenses al igual que naciones europeas, han tomado cada vez más conciencia de la importancia de evaluar el grado en que sus servicios han dejado satisfechos a sus pacientes, como medio para mejorar tanto la calidad de la atención como la de los servicios no médicos que se dan³⁵.

Las organizaciones tendrían más éxito si primero conocieran y comprendieran y, posteriormente, mejoraran las necesidades y expectativas de los consumidores. Es decir, las organizaciones deberían identificar quienes son los principales consumidores para, seguidamente mejorar su habilidad en resolver sus necesidades³¹.

Un concepto importante es la consulta centrada en el paciente, en contra posición con la centrada a la enfermedad, así la consulta centrada en el paciente intenta comprender las quejas y los signos y síntomas como expresión de las tensiones, conflictos y problemas del paciente, en contraste de la consulta centrada en la enfermedad que elude dichos aspectos haciendo esencial énfasis en las bases patológicas del proceso.

Existen algunas características para desarrollar un enfoque centrado al cliente / paciente, es decir las claves para satisfacerlos³⁶:

- Hay que tomar en cuenta que, desde el punto de vista del cliente, la única razón por la que la empresa o institución esta en el mercado es para satisfacerlo. La empresa no ofrece servicios o productos, ofrece algo de mucho valor para los clientes, como es el área de la salud.
- Los clientes tienen su propia idea de cuál es el valor, por lo tanto, para satisfacerlos se debe saber cuál es esa idea. Si al recibir el servicio ocurre algo que impida al consumidor conseguir el valor que esperaba recibir, éste se convierte en un cliente insatisfecho. Sin embargo estos clientes descontentos son oportunidades porque ayudan a identificar fallas.
- El personal de la institución o empresa tratará a los clientes tal como se trate a ellos.
- Todo el proceso de creación servicios de la institución debe estar orientado a la obtención de la satisfacción y la lealtad de sus clientes. Este visto que las empresas más prestigiosas y de mayor éxito son los que satisfacen de manera sistemática al cliente.
- Debemos estar orientados a servir a quien asegura el futuro de la empresa.

Importancia de la Relación Médico Paciente en la Satisfacción del Usuario.

Con base a lo anterior, es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad²³.

El doctor Gabriel Cortés Gallo³⁷, en su intervención en el Segundo Simposio Internacional CONAMED, mencionó: que la relación médico paciente es una interacción entre personas que se produce en el quehacer clínico y constituye el núcleo de la medicina; es iniciada por el enfermo o su familia y otorga beneficios para ambos, para el paciente la satisfacción por la atención recibida y por la conservación o recuperación de la salud o la rehabilitación lograda; para el facultativo la satisfacción por la relación personal, el bien producido, la educación continua a través de la experiencia y la remuneración recibida.

Especificó que los elementos de la relación entre el médico y el paciente como una interacción en la que intervienen factores del medio ambiente y tecnológicos que pueden favorecerla. Mencionó los elementos que dañan la relación médico-paciente como son la deshumanización y despersonalización de la atención; la ausencia de la calidez en relación

humana; y la falta de autonomía del enfermo, propiciados por la institucionalización, la burocracia y la especialización propia la sociedad contemporánea³⁷.

Según Kravitz³⁴ la consulta clínica es una negociación entre el médico y el paciente y esta debe ser más fácil si el médico recuerda que muchos pacientes están preocupados por sus síntomas que representarían una seria enfermedad, el paciente tiene su propia explicación para sus síntomas; dentro de las expectativas del paciente, algunas son prevalentes como el de una exploración física y una explicación adecuada del padecimiento.

De acuerdo con Aguirre Gas director de Hospital siglo XXI, para dar satisfacción al usuario de servicios médicos se tienen que contemplar como actividades cotidianas los siguientes aspectos: servicios accesibles, atención inmediata, amabilidad en el trato, insumos disponibles, personal suficiente y capacitado, resultados congruentes, información y comunicación con el paciente, cordialidad³⁷.

En algo que coincidieron los expositores fue en sus apreciaciones sobre los motivos de las quejas más frecuentes por parte de los usuarios de los servicios médicos, entre los que destacan el poco tiempo que se asigna a las consultas, las estancias extenuantes, las filas de espera, el abasto insuficiente de medicamentos, los exámenes innecesarios o excesivos, la falta de comunicación y las discrepancias entre médico y paciente, situación que no es exclusiva del IMSS, ISSSTE, o Servicios Salud del DF, sino es un reflejo de la situación que guarda este binomio dentro del contexto general de la práctica médica como lo han demostrado diversos estudios nacionales^{9,23,37}.

La relación médico-paciente constituye, dentro de las relaciones humanas, una de las "más complejas e intensas. Es una relación entre iguales, pero no una relación horizontal, la que media entre el enfermo y el médico; es que sufre un padecer y el que tiene el poder de curar. Ambos, paciente y médico, dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso con el proceso terapéutico. Se trata de una relación humana dinámica y en constante movimiento". En ella concurren la cultura, la ciencia, la tecnología, la religión, la magia, la moral, la ética. Aquí se dirimen la salud y la enfermedad, la vida y la muerte. En la actualidad no figuran únicamente el médico y el paciente, actualmente el triángulo visible se integra con pacientes, profesionales e instituciones de salud, pero a estos es posible agregar, otras categorías concurrentes: familiares del paciente, enfermeras, técnicos, auxiliares, dirigentes administrativos, todos ellos involucrados en una relación extraordinariamente compleja, de cuyo desenlace depende en buena medida, finalmente, la salud del enfermo³⁸.

La relación médico paciente la describe Ruelas Barajas³⁹ en dos dimensiones como es definida la calidad de la atención médica por Avedis Donabedian¹⁸: la dimensión interpersonal entre le médico y su paciente y el paciente y su médico, en donde se tiene que reconocer que la esencia de esa relación, en la dimensión interpersonal, es la comunicación y no exclusivamente la comunicación verbal, sino la comunicación a los mensajes verbales y no verbales, al intercambio de miradas, a la trasmisión de mensajes que van más allá de lo que uno puede decir con las palabras. Pero también esa relación medico-paciente se da en otra dimensión, la aplicación de los conocimientos y la técnica para resolver o atender el problema de salud del paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mencionaremos la situación actual en nuestro país en cuanto a la relación médico-paciente: Recientemente el Instituto Nacional de Salud Pública hizo otra encuesta en mayo 2001 encontrándose datos alarmantes relacionados con la relación interpersonal; por ejemplo³⁹:

- Cuándo solicitó atención en salud, ¿Con qué frecuencia lo trataron con respeto?. El 80% respondió que siempre y casi siempre, pero el resto algunas veces o nunca.
 - ¿Qué tan frecuente los doctores, enfermeras u otros trabajadores lo escucharon con atención?, 87% siempre o casi siempre, 13% algunas veces o nunca.
 - ¿Qué tan frecuente los doctores, enfermeras u otros trabajadores le explicaron las cosas claramente? 87% siempre o casi siempre, 18% algunas veces o nunca.
 - ¿Que tan frecuente los doctores, enfermeras u otros trabajadores le dieron tiempo para preguntar acerca de sus problemas? 65% siempre, 18% casi siempre, 12% algunas veces, y 4% nunca.
 - ¿Cómo calificaría la comunicación entre el médico y usted? Muy buena 19.8%, buena 59.2%, regular y mala 20%.
 - ¿Le explicaron su problema de salud? 74% sí, 25% no.
- Esto es alguna imagen de lo que pudiera estar sucediendo en el sector público.

Tratando de explicar porque se da este deterioro en la relación médico-paciente, Ruelas Barajas³⁹ aclara:

1. Factores personales: Vocación.
2. Educativos: Comunicación.
3. Estructurales: pueden ser sueldos bajos, desmotivación, saturación, documentación excesiva.

¿Cuándo a los médicos nos han enseñado a comunicarnos? Esta mala comunicación entre el médico y sus pacientes, ha generado de un buen número de quejas en la CONAMED, y que muchas veces se resuelven cuando el paciente recibe la explicación posterior del porque se hizo lo que se hizo³⁹.

La Información.

La falta de información es uno de los principales problemas de insatisfacción en los enfermos tanto hospitalizados como en consulta externa, ausencia o insuficiencia sobre tratamientos o intervenciones a la que son sometidos^{21,40}.

Hasta hace relativamente poco tiempo el paciente, consciente de su ignorancia, no se atrevía, falto de argumentos, a cuestionar o pedir información sobre un diagnóstico o una operación, y en muchos casos ni siquiera a solicitar una explicación sobre un tratamiento que no entendía.

Hoy los pacientes están mucho mejor informados en parte gracias a los propios médicos, pues siempre los ha habido con una gran capacidad pedagógica, conocen mejor sus derechos y son más exigentes en todos los campos⁴⁰.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores que influyen en la Percepción del Usuario Servicio.

Generalmente los clientes pueden elegir entre varias empresas diferentes para obtener un servicio y la única cosa que las diferencia es el servicio. Esto aplicado a los hospitales se interpreta como en un momento en que entre dos clínicas tendrán los mismos equipos y avances tecnológicos, y médicos bien preparados, pero la diferencia será el servicio y la atención que cada institución dé a sus clientes.

Las empresas de Servicios, por lo general, la mayor parte de las personas se siente bien con los servicios que compra, pero que no está feliz con el trato que recibe. Por lo que como trabajadores en el servicio de salud al cliente o paciente podemos modificar esta situación. Para saber cuan importantes es esta situación⁴¹:

- El 96% de los clientes infelices jamás informan a la empresa su disgusto.
- Por cada queja recibida en una empresa existen, en realidad, 26 clientes con problemas de los cuales 6 son serios.
- Por lo general, el cliente que tiene un problema con una empresa le contará al respecto a nueve o diez personas. Pero sólo le dirá a cuatro o cinco personas sobre el buen trato que ha recibido.

Los pacientes /clientes estarán satisfechos por tanto tiempo como crean que el nivel de servicio que ofrece cubre sus necesidades. Sin embargo, si piensan que el nivel ya no los satisface, irán a otro lado. Al brindar un servicio es crucial que se determine los deseos y necesidades del cliente porque la satisfacción del mismo dependerá de que tanto se cubran sus expectativas.

Cuando hablamos de Servicio se pueden identificar siete categorías de factores de queja o áreas de insatisfacción⁴²:

- **Apatía:** O indiferencia, es simplemente manifestar una actitud de no importarle nada a la persona que hace el contacto con el cliente, en nuestro caso el médico.
- **Desaire:** Tratar de deshacerse del cliente o paciente NO prestando atención o desinterés a la necesidad o problema.
- **Frialidad:** Una especie de fría hostilidad, laconismo, antipatía, precipitación o impaciencia con el cliente o paciente.
- **Aire de Superioridad:** Tratar al cliente con un aire de protección como se hace en los servicios de salud. Al médico lo llaman "Doctor" pero el médico lo llama por su nombre.
- **Robotismo:** El trabajador totalmente mecanizado, sin ninguna muestra de afabilidad o individualidad.
- **Reglamento:** Colocar las reglas organizacionales por encima de la satisfacción del cliente, sin ninguna discreción por parte del que presta el servicio para hacer excepciones o usar el sentido común.
- **Evasivas:** situaciones como "Lo siento eso no me corresponde" o en nuestro caso el médico que recibe a un paciente que no es de su zona y ve la necesidad de un envío no urgente y dice: eso lo ve con su médico que le corresponde, citando al paciente en otra ocasión.

¿Qué desean los Pacientes?

Tanto en países desarrollados como en los países en desarrollo, los pacientes /clientes comparten siete inquietudes principales, según diversos estudios^{41,43}:

- **Respeto:** El paciente quiere ser tratado respetuoso y amigablemente. El paciente interpreta la *cortesía, confidencialidad y privacidad* como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad.
- **Comprensión:** El cliente prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas. El cliente / paciente desea que los prestadores de servicio lo escuchen, le expliquen en términos que pueda entender y le aseguren que los problemas se pueden resolver y serán resueltos.
- **Información completa y exacta:** El cliente valora la información. Le preocupa que los prestadores de servicio no le digan todos los hechos.
- **Competencia Técnica:** En definitiva el cliente juzga la competencia técnica conforme al hecho de que se cubran sus necesidades o se resuelvan sus problemas.
- **Acceso:** El usuario desea tener acceso de inmediato a los servicios de salud. Una ubicación conveniente y servicios prestados con prontitud son importantes.
- **Equidad:** El cliente desea que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas y exámenes minuciosos a todos por igual.
- **Resultados:** El cliente procura servicios por una razón específica. Se disgusta cuando se le pide que regrese otro día o que vaya a otra instalación, o cuando los prestadores de servicios actúan como si sus quejas o inquietudes no tuvieran importancia

Según Hall y Dorman entienden que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de servicios sanitarios, el tiempo de espera, y variables de tipo sociodemográficas como edad, sexo, entre otras²⁸.

Lo anterior se puede ver reflejado en la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, que levantó información de 3 324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para la mayoría de los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). El porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la SSA (82%) y, por último, entre usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%). Estos resultados nos refuerzan lo antes comentado en cuanto a los motivos y aspectos que influyen en la percepción de calidad de los paciente²³.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los resultados de dicha Encuesta Nacional de Salud (ENSA-II), también se midió la perspectiva de los prestadores de servicios encontrándose datos importantes en cuanto a discrepancias entre los utilizadores y los prestadores de lo que esperaban del servicio: La población valora la facilidad y rapidez para recibir la atención, así como la confianza que le da el médico respecto al diagnóstico y tratamiento. Para los médicos institucionales la prioridad es la efectividad médica y poco parece importar la satisfacción del usuario. Este desencuentro conduce al desaliento de la población para utilizar los servicios, al retraso de la búsqueda de los mismos y a la complicación de la enfermedad. La población aprecia que el médico tenga un buen conocimiento de los problemas y necesidades de salud del individuo, de manera que sea capaz de curar. Sin embargo la interacción que se establece entre el médico y pacientes, sobre todo en instituciones públicas de salud, en muchos sentidos se caracteriza por el enfrentamiento o, por lo menos, por un desencuentro entre ambos, dado por falta de comunicación e intercambio de la información deficiente o por un trato autoritario de los médicos y otros agentes de salud, hacia los pacientes. Los ejemplos de insatisfacción ante la calidad de los servicios médicos también constituye un factor que determina la utilización del servicio, existe quejas de mal trato, que no se les explica que tienen, que esperan mucho y que después de esperar no alcanzan fichas para consulta, que pierden expedientes, que el médico que los atiende puede que tenga buen carácter, y que les den el medicamento²⁴.

En general los médicos ignoran la percepción que tienen de ellos los usuarios y las razones de ello. Los médicos no sólo ignoran este aspecto si no que tienen una visión idealizada de ello, como queda manifiesto en los resultados de la ENSA-II. Este distanciamiento entre ambos actores sólo puede repercutir en perjuicio de los utilizadores y de la calidad del servicio que reciben. En este sentido las estrategias que se instrumenten para mejorar la calidad de la atención deberán orientarse a satisfacer la perspectiva de los usuarios²⁴.

Resultados semejantes se han encontrado en otros estudios fuera de nuestro país, donde lo que la población valora más de los servicios de salud es la relación con el personal de salud y de ésta, son los aspectos relacionados, el trato personal y la continuidad de la asistencia los más apreciados. En contraposición, la "accesibilidad" es uno de los aspectos valorados con menor puntuación³¹.

Aspectos No Sanitarios en el entorno de la Atención Médica.

Cuando se habla del servicio, de evaluación y control de atenciones no sanitarias, estamos hablando de un servicio que va encaminado a mejorar y velar por la calidad percibida por el paciente, que actualmente demanda mejoras de servicios, un trato más humanizado, exige un mayor confort y un mejor servicio hostelero. Hasta hace poco estos servicios se tenían al margen y no se les daba la importancia que verdaderamente merecen.

Los servicios hosteleros son un elemento clave para la satisfacción de los pacientes. En este sentido, el servicio privado de salud es el ejemplo de la aproximación entre los sectores hosteleros y de sanidad.

Lo primordial para poder ofrecer un servicio óptimo a nuestros pacientes se debe basar en lo que ellos realmente demandan. Los pacientes quieren ser informados, necesitan privacidad e intimidad. Los pacientes quieren que se les pregunte. Además, todo paciente

tiene derecho a su individualidad, y no se le debe considerar como un número, sino como alguien con nombre propio y apellidos.

Debemos insistir en que la calidad percibida por el paciente depende de manera muy importante del trato humanizado y de la motivación del personal que atiende al enfermo, que puede a través de su contacto con el mismo, suplir carencias de tipo estructural y económicas del centro.

Si somos capaces de dar a nuestros enfermos el "tratamiento adecuado, un trato más humanizado y un mejor confort en las instalaciones", conseguiremos un servicio hospitalario que satisfaga las expectativas del paciente, que es el que nos va a juzgar en función de lo que espera, desea y cree que debe ser un Centro Sanitario.

Una buena imagen facilita un crédito que perdona o limita (durante un tiempo) las impresiones del paciente-cliente. Una mala imagen contamina las impresiones y hace dudar sobre cualquier servicio⁴⁵.

Es importante tomar en cuenta que los factores organizacionales en el primer nivel de atención pueden afectar los rangos de satisfacción del paciente. Esto es porque la satisfacción del paciente en una consulta depende de más que la calidad de la atención directa del médico; esto incluye factores organizacionales, que pueden estar fuera del control de los médicos, como son los tiempos de espera y la cortesía del equipo no médico⁴⁶.

Otro de los factores que se han encontrado influye en la satisfacción del paciente es que aquellos que escogen a médicos de sexo opuesto generalmente están más satisfechos con la atención, que aquellos que son atendidos por médicos del mismo sexo. Se ha visto que mujeres quienes escogen médicos femeninos son las menos satisfechas con la atención; mientras que hombres quienes escogen médicos femeninos son los más satisfechos. Sin embargo este fenómeno no se ha visto en pacientes que han sido asignados a sus médicos. Esto se puede explicar porque los pacientes que escogen sus propios proveedores de salud pueden tener más altas expectativas sobre las cualidades del médico⁴⁷.

Hasta los últimos años cuando se empezó a tener en cuenta la satisfacción del usuario, en nuestro caso, la satisfacción del derechohabiente por los servicios recibidos, misma que no estaba exclusivamente en función de la calidad y resultados del acto médico sino de aspectos relacionados con el trato humanitario, la oportunidad, la relación médico-paciente, la información, etc. A través de encuestas realizadas han quedado patentes grados variables de insatisfacción por la atención recibida en relación con los aspectos antes mencionados; estas situaciones deberán llevar a realizar medidas preventivas y correctivas tendientes a lograr que una atención de óptima calidad no quede desvirtuada por aspectos mucho más sencillos de lograr con una buena disposición del personal y organización de los servicios²⁰.

Métodos para medir la Satisfacción del Cliente

Teniendo en cuenta que la percepción que el paciente tenga de la calidad del servicio influirá en sus expectativas futuras, este proceso de mejora no estaría completo sin una constante revisión y perfeccionamiento de la calidad asistencias ofrecida. De aquí la

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

importancia de identificar correctamente las necesidades y las expectativas de los pacientes y de conocer su opinión y sus percepciones para hacer que toda la organización trabaje y se implique, en este sentido, en la búsqueda de la satisfacción del usuario, maximizando su calidad percibida²².

El paciente participa y suele aportar información de forma "no orientada" a través de buzones de sugerencias, quejas, hojas de reclamaciones, elección de centros sanitarios o la elección de médico. No obstante, esta información no es suficiente. Las técnicas de investigación "orientadas" destinadas a conocer determinados aspectos de la asistencia sanitaria, son especialmente útiles a la hora de analizar la perspectiva del paciente y valorar adecuadamente la calidad asistencial²².

La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad, al considerarla el eje central del servicio. Este tipo de medición es importante tanto para los profesionales de salud como para los gestores y contratadores de los servicios. Por lo que es necesario contar con instrumentos que sean válidos y fiables para medir satisfacción. Esa satisfacción considera la diferencia entre expectativas y las percepciones del usuario del servicio. Por consiguiente, a través de los distintos métodos se evaluará no sólo la prestación del servicio en sí, si no también en comparación con las expectativas de los usuarios, ya que estas expectativas son los parámetros que los usuarios usan para juzgar las prestaciones que perciben²².

Según la Mtra. Lic. Irene Rodríguez Fletcher, Directora del área de calidad del Hospital ABC, y Profesora de la Maestría en Admón. De Inst. de Salud de La Universidad La Salle, en las corrientes actuales en calidad existen diversos **métodos para medir la satisfacción de los clientes**⁴⁸:

1. Cuestionario de autorespuesta (encuesta)..
2. Observación directa.
3. Entrevistas.
4. Encuestas telefónicas.
5. Grupos focales.
6. Buzón de quejas y sugerencias.

Las premisas para que funcionen:

- a) Planeación cuidadosa de todo el proceso de evaluación.
- b) Prueba de los instrumentos.
- c) Capacitación del personal involucrado.
- d) Clientes que comprendan el objetivo y la dinámica del proceso.
- e) Clientes honestos y dispuestos.
- f) Procesamiento fidedigno y expedito.
- g) Utilización de la información por los directivos.
- h) Comunicación de los resultados a empleados y clientes.

Cuestionario de Autorespuesta:

Premisas para que funcione:

- a) Instrumento efectivo.
- b) Clientes honestos y dispuestos a responder.
- c) Distribución adecuada de los cuestionarios en tiempo y espacio.

Las Encuestas:

La encuesta es el método de participación del usuario más empleado para conocer su satisfacción con los servicios recibidos^{28,31}. Esta opinión expresada por los ciudadanos es esencial para conocer el funcionamiento de los servicios de salud desde el punto de vista de la población, y como tal, constituye un instrumento de participación de la misma en la mejora de la calidad de la atención de la salud³¹.

Sus objetivos son: 1- conocer cómo evalúan los clientes el sistema sanitario, y establecer una retroalimentación informativa hacia el personal sanitario a fin de que conozca la evaluación de su actividad global²². 2- Identificar los aspectos del proceso asistencial que son percibidos por la población como insatisfactorios y que puedan ser susceptibles de mejora³¹.

Programa de Calidad ISSSTE⁴⁹

La Misión del Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE) es:

Otorgar servicios médicos a los derechohabientes de esta unidad, a través del equipo multidisciplinario con un enfoque preventivo y curativo de alta calidad y humanismo, con oportunidad satisfaciendo sus expectativas.

Visión. Favorecer un ambiente cordial con una cultura institucional promoviendo el desarrollo del equipo de salud, la satisfacción del usuario, el respeto de los derechos humanos y a la información.

Existe en el instituto un Programa de acción del 2002⁴⁹, el cual se inscribe en las políticas rectoras del Plan Nacional de Salud 2001-2006¹¹ sobre calidad, equidad y protección financiera.

Haciendo hincapié en que los desafíos derivan de las necesidades y expectativas de los usuarios en un momento de graves problemas financieros que amenazan la viabilidad del Instituto en sus fondos de salud y pensiones. Aunadas a una transición demográfica y epidemiológica sui géneris del instituto.

Así el Programa de Trabajo 2002⁴⁹, reconoce la necesidad de transformar el Sistema Institucional de Servicios de Salud en un nuevo marco sustentado en los valores profesionales, el profundo sentido humano, la calidad y costos de los servicios, el pleno respeto al paciente y el reconocimiento de la rectoría del estado.

En un diagnóstico situacional del Instituto⁴⁹ se encontró que la problemática de los servicios de salud del ISSSTE se encuentra en dos grandes rubros a nivel nacional:

- > La calidad de los servicios.
- > Altos costos asociados.

Se detecta una ineficiencia de los servicios ya que la percepción de los usuarios es que la calidad es deficiente y la cobertura de los servicios es limitada.

Los gastos relacionados con el fondo médico son primordialmente curativos y presentan una tendencia creciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encontró entre las debilidades del modelo anterior:

En cuanto a Recursos Humanos:

- Sólo el 30% de médicos formados en Medicina Familiar.
- Falta la recategorización a los médicos que cursaron la especialidad en Medicina Familiar.
- Distribución inadecuada.

Existe una importante insatisfacción del usuario y del prestador del servicio como consecuencia de:

- La medicina familiar no es la puerta de entrada al sistema de salud.
- Saturación y diferimiento en otros niveles de atención.
- Falta de actitud y aptitud del personal para desempeñar sus funciones.
- Infraestructura inadecuada para garantizar capacidad de respuesta efectiva.
- Desconocimiento del impacto y costo de la prestación de servicios.
- Incremento del gasto por subrogación y traslado de pacientes.

La nueva Misión:

"Otorgar a los usuarios la atención médica preventiva, especializada y de rehabilitación oportuna, con calidad, equidad y profundo sentido humano, satisfaciendo sus necesidades y expectativas, con el máximo beneficio, al menor riesgo y coste optimizado"⁴⁹.

La Visión del Cambio:

- El equipo multidisciplinario de salud posee y denota actitud proactiva ante las exigencias que se encuentra diariamente.
- Sabe y está convencido que no puede permanecer en equilibrio absoluto, ya que debe estar en constante movimiento para crear innovaciones que satisfagan las exigencias de los usuarios y prestadores de servicios.

En cuanto a las líneas de acción una de ellas es la: **Calidad de los servicios de salud.** Donde su política de instrumentación correspondiente es realización de:

- Encuestas de Satisfacción al usuario con base al Nuevo Modelo Integral Familiar Preventivo.
- Acuerdos formales con las Organizaciones Gremiales para evaluación de Calidad.
- Cruzada por la Calidad de la Atención Médica.

En la consulta Externa de la **Clinica de Medicina Familiar Ignacio Chávez** perteneciente al ISSSTE esta ya incluida en este programa, donde su **Misión es:**

Proporcionar una consulta médica integral con capacidad resolutoria para las soluciones de los problemas de salud que demande el paciente y su familia.

Visión: Ofrecer una atención dinámica interactiva que facilite la comunicación humana y permita la satisfacción biológica, psicológica y social del paciente y su familia.

Como se puede observar la misión de la Clínica "Dr. Ignacio Chávez", y del ISSSTE en general toman en cuenta la satisfacción del usuario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las Aportaciones de la Medicina Familiar a la Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud

Los actuales sistemas de salud necesitan de reformas centradas en la salud de las personas y encaminadas a mejorar la accesibilidad, la cobertura, la protección social de la salud, el nivel de calidad de la atención y la satisfacción de los ciudadanos. En esta estrategia es esencial el papel del médico familiar en el primer nivel de atención que aporta elementos fundamentales: la longitudinalidad (continua a lo largo de la vida del ciudadano), la integridad, la coordinación asistencial y la función de puerta de entrada al sistema y guía del usuario en el Sistema de Salud⁵⁰.

La Medicina que practique este profesional estará encaminada al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico tratamiento de padecimientos agudos crónicos así como su rehabilitación⁵⁰.

En los casos que así lo ameriten, ejercerá el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referirlos a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación de tratamiento o evaluación de los resultados del mismo. Desarrollará el hábito de autoenseñanza, revisará, actualizará periódicamente su competencia profesional, participando en programas de educación médica continua, autoevaluación y auditoría médica. Será capaz de evaluar y desarrollar actividades de investigación⁵⁰.

La Diferencia entre Médico General y Médico Familiar

El Médico Familiar, ve la enfermedad como un producto de factores biológicos, - alteraciones bioquímicas, fisiológicas-, pero también considera que la enfermedad tiene factores psicológicos y sociales, y ante todo, reconoce que la familia, como base fundamental de la sociedad, es productora también de salud y enfermedad; este especialista debe utilizar los recursos que se generan en el propio seno familiar para tratar de lograr el equilibrio entre la salud y la enfermedad de sus miembros como individuos y como conjunto. El médico familiar es un generalista, si pierde la visión de generalista, ya no esta haciendo medicina familiar. Entonces, el generalismo es característica de ambos; la diferencia esta en la actitud que tiene el médico familiar de abordar a un paciente: el general atiende individuos, el familiar también, pero en su contexto familiar, en sus problemas biológicos, psicológicos y social⁵¹.

Algunas de las recomendaciones dadas en la Declaración de Sevilla 2002², para el médico de Familia:

1. - El Sistema de Salud debe asegurar una atención longitudinal, integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes. El papel de la atención primaria de Salud (APS) es fundamental para lograr estas características.

2. - Los médicos de familia Como integrantes activos del Equipo de Atención Primaria deben aumentar su poder resolutivo, organizar la atención por parte de otros especialistas y realizar consejo y tutela de los pacientes a lo largo de todo el sistema sanitario. Asimismo deben atender a las personas no sólo en su dimensión individual, sino también en su contexto familiar y comunitario, siempre con una orientación biopsicosocial. Este enfoque trasciende el modelo biomédico, ubicado a la persona (y no sólo a su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

problema de salud), en el centro de la atención; característica principal del médico de familia.

3. - Los escenarios que viven los sistemas de salud de la mayor parte de los países iberoamericanos obligan a la búsqueda de mejores instrumentos para mejorar la gestión, y alinear la asignación de recursos con los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud aplicando los incentivos apropiados. Esta debe ser una tarea prioritaria de los gobiernos y organizaciones de la salud.

4. - Los médicos de familia son profesionales clínicos y de salud pública que trabajan en el ámbito de la atención primaria. Como tales forman parte de un equipo de profesionales de la salud, cada uno con competencias e incumbencias específicas. El trabajo interdisciplinario coordinado es una de las mayores fortalezas del equipo de Salud Familiar. Cualquier iniciativa de mejoramiento de la calidad desde la perspectiva de la Medicina Familiar debe considerar la participación de todo el equipo de salud familiar.

5. - Es necesario buscar estrategias que permitan el intercambio oportuno y continuo del conocimiento, siendo una de ellas la conformación de una Red Regional de Calidad en Medicina Familiar. Resulta importante para ello la investigación y recopilación de información actualizada en temas de calidad, su sistematización y difusión en el ámbito iberoamericano, a fin de promover una cultura de mejoramiento de la calidad en el ámbito regional.

La Medicina Familiar, situación actual en México.

En nuestro país, en el Sistema Nacional de Salud, que incluye todas las instituciones de seguridad social, la atención primaria, es decir el primer nivel de atención esta otorgado por médicos institucionalizados de diferentes programas académicos, ya sea especialistas en medicina familiar o médicos generales; existe un tercer tipo de médico, que es especialistas en diferentes ramas básicas (cirujanos, gineco-obstetras, etc.), sin embargo se desempeñan como médicos familiares.

En cuanto a los especialistas en Medicina Familiar, existen dos programas reconocidos por la UNAM.

El primero:

En 1980 se inició oficialmente el programa de especialización en medicina familiar en un convenio entre la UNAM, SSA, y el ISSSTE. El programa inició su etapa operativa en dos sedes: el Centro de Salud Portales de la SSA y la Clínica Ignacio Chávez del ISSSTE; la gestión académica la proporcionó la DMGFC, ahora Departamento de Medicina Familiar (DMF) de la UNAM³⁴.

Este programa de Especialización es de 3 años, avalado también por la UNAM pero basado en el Plan Único de Especialidades Médicas³⁵ (PUEM); el cual es un proyecto de modificación completa a los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina de la UNAM. Que partir del año 1994-95 ha venido sustituyendo a los planes de estudios que se desarrollan en los escenarios clínicos de SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX y demás dependencias públicas y privadas que participan en este nivel de estudios de postgrado con el propósito de avalar las residencias médicas.

El segundo:

Programa de dos años, creado en 1993, "Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del ISSSTE", es un programa académico creado específicamente para Médicos Generales ya adscritos al sistema de salud, con el objetivo de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

capacitarlos y obtener los conocimientos y el reconocimiento del título de Especialista en Medicina Familiar. Es un sistema de enseñanza semiescolarizado donde es posible hacer llegar beneficios de la educación superior a un gran número de médicos en su propio centro de trabajo⁵².

Esto se realizó ya que el 80% de la atención otorgada en el 1er nivel era por médicos generalistas en 1994. En 1980 el instituto inició con la formación de Médicos Familiares, y 7 años después, estableció el sistema de atención en medicina familiar para las clínicas del DF, ampliándose al siguiente año a todas las unidades del interior; sin embargo preveía un desequilibrio, en virtud que contaba con una plantilla de 3,600 médicos generales, únicamente 80 médicos especialistas en Medicina Familiar. Ante esta situación el ISSSTE establece el programa de capacitación para médicos generales con el apoyo de la Facultad de Medicina, teniendo los mismos atributos que las otras especialidades, es decir acceso a la certificación por parte de los consejos y al reconocimiento universitario⁵³.

Esta estrategia, permitió dar respuesta a las necesidades de la atención, de la población derechohabiente del instituto, ya que existía una gran proporción de personal médico de base del Instituto con el nivel de Médico General. Con esta experiencia el ISSSTE dio respuesta a tres necesidades: Obligatoriedad institucional de capacitación del personal médico, capacitación y actualización de los conocimientos de los médicos egresados, y finalmente, brindar mejor atención médica a la población derechohabiente⁵⁴.

Plan de estudios de la especialidad de Medicina Familiar, Plan de 3 años

El Plan único de Especialidades Médicas (PUEM)⁵⁵ de 1998, especifica el Programa de estudios de la especialidad en Medicina Familiar:

1. La duración del curso es de tres años y no se requiere acreditar estudios previos de otra especialidad médica.
2. El plan de estudios se organiza en ciclo lectivos anuales y esta conformado por cuatro actividades académicas (un trabajo y tres seminarios), seminarios de atención médica, de investigación, de educación.

Procedimientos y destrezas:

Esta actividad académica se centra en la participación del alumno en la prestación de la atención médica de alta calidad, a los individuos y a sus familias, así como en la reflexión inmediata con los miembros del equipo de salud, acerca de los problemas de salud que se le presenten.

Esta actividad incluye además, las sesiones académicas propias de cada servicio por el que se rota.

El trabajo de atención médica se realiza a lo largo de los tres años que dura la residencia y su propósito didáctico principal es ejercitar al alumno de Medicina Familiar en la aplicación de los conocimientos, aptitudes, y destrezas profesionales necesarias en el desempeño de las tareas específicas de la práctica de la Medicina Familiar. Para asignación de esta actividad se asignan 35 horas semanales durante los dos primeros años y 33 durante el tercer año.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diferencias con el Plan de dos Años:

En el Plan de Medicina Familiar semiescolarizado de duración de dos años y realizado especialmente para Médicos Generales del ISSSTE, prácticamente consta del mismo programa, en forma de cursos trimestrales, y la diferencia principal radica en las actividades clínicas complementarias; donde se rota en el servicios Hospitalarios de las especialidades básicas de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Urgencias Adultos, Medicina Interna, rotando un mes por cada servicio, por cada año, es decir realizando 4 meses de rotación en servicios hospitalarios por año, cabe agregar que sin presencia de guardias hospitalarias por los respectivos servicios; y los 8 meses restantes en la Clínica de Medicina Familiar, en el servicio de consulta externa, estas rotaciones son dentro de su horario de trabajo, y son durante los dos años de formación. Es importante agregar que este programa no incluye los cursos taller que se otorgan a los Residentes del plan de 3 años a cargo del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El programa se encuentra dividido en trimestres, con evaluaciones al finalizar cada uno. Con asesorías sabatinas.

CMF Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE.

Características.

La clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez, es una clínica de primer nivel, perteneciente al ISSSTE, ubicada en la Calle Oriental #10, Col. Alianza Popular Revolucionaria, en la Delegación Coyoacán, en México, D.F.

Consta de una plantilla de médicos encargados de la atención de consulta externa de medicina familiar distribuidos de la siguiente forma:

<u>Médicos</u>	<u>Turno Matutino</u>	<u>Turno Vespertino</u>	<u>Total</u>
➤ Médicos Especialistas en Medicina Familiar	8	6	14
➤ Médicos Familiares del curso semiescolarizado de dos años	2	1	3
➤ Médicos Generales	4	2	6
➤ Médico Especialista No Familiar	3	0	3

La clínica Ignacio Chávez cuenta con una población derecho habiente de 73,014 en total incluyendo trabajadores y sus familiares, pensionados, etc. Hasta diciembre del 2002.

En cuanto a la productividad de consultas de Medicina Familiar en el año 2001, se atendieron 114,473 pacientes en consulta externa⁵⁶.

Planteamiento del Problema

En nuestro país la atención médica en el primer nivel se encuentra a cargo de médicos con diferentes tipos de formación académica, de tal manera que en las Clínicas de Atención Primaria se encuentran laborando Médicos Generales, Médicos con especialidad en Medicina Familiar y Médicos de otras especialidades como son Cirujanos, Ginecólogos, Anestesiólogos, todos ellos otorgando consultas en el primer nivel de atención y ejerciendo el papel de Médico Familiar.

Es importante mencionar que estas Clínicas de primer nivel son de seguridad social, es decir pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de la Secretaría de Salud a población abierta (SSA). Dentro del sistema ISSSTE existe en la formación académica del Médico Familiar dos modalidades:

1°. El programa de Especialización Médica de 3 años, avalado por la UNAM y basado en el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) para Medicina Familiar, el cual es un programa que tiene como objetivo unificar los criterios en cuanto a formación académica de los cursos de especialización reconocidos por la Facultad de Medicina de la UNAM; que a partir del año 1994-95 ha venido sustituyendo a los planes de estudios que se desarrollan en los escenarios clínicos de SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX.

2°. Programa de dos años, creado en 1993, "Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del ISSSTE", es un programa académico creado específicamente para Médicos Generales ya adscritos al sistema de salud, con el objetivo de capacitarlos y obtener los conocimientos y el reconocimiento del título de Especialista en Medicina Familiar. Es un sistema de enseñanza semiescolarizado realizado en su propio centro de trabajo y durante su horario de trabajo⁵².

Tomando en cuenta que la Medicina Familiar es la especialidad que tiene el perfil adecuado para atención en el primer nivel ya que ofrece atención médica primaria integral y continúa al individuo y su familia; reconociendo la enfermedad como producto de factores biológicos, psicológicos, y sociales y ante todo reconoce que la familia, como base fundamental de la sociedad, es productora también de salud y enfermedad; este especialista utiliza los recursos que se generan en el propio seno familiar para tratar de lograr el equilibrio³¹ entre salud y la enfermedad de sus miembros como individuos y como conjunto³¹.

Con todo lo anterior, estas diferencias en la formación académica de los médicos que otorgan el primer nivel de atención, creemos que influye sobre el tipo de atención otorgada al derecho habiente, y la forma en que éste percibe el servicio. Creando diversos grados de satisfacción del usuario, que va desde una total satisfacción hasta insatisfecho por la atención recibida, afectando así la calidad de la atención médica.

Como lo demuestran estudios Internacionales y Nacionales donde se aprecian los motivos de quejas más frecuentes por parte de los usuarios de los servicios médicos, entre los que destacan: Maltrato, la falta de comunicación e información, el poco tiempo que se asigna a las consultas, las filas de espera, y las discrepancias entre médico y paciente, situación que no es exclusiva del ISSSTE, IMSS o Servicios de Salud del

Df. 25,28,31,34,39,43,44.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que resulta importante determinar las diferencias en cuanto a la satisfacción de los usuarios, entre los diferentes grupos de médicos según su formación, en el supuesto de que a más capacitación una mejor atención y por lo tanto una mejor satisfacción del paciente.

Uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios de salud y su calidad, consiste en medir cual es el grado de satisfacción del usuario. La satisfacción del consumo de los servicios de salud es utilizada frecuentemente como índice de buen funcionamiento, de la calidad del servicio prestado.

La baja satisfacción del paciente puede producir un mal seguimiento con pérdida potencial de recursos y resultados clínicos subóptimos. La satisfacción de las legítimas demandas de los pacientes es, por tanto, un objetivo de cualquier atención médica y debe incluirse como una medida de calidad⁵⁷.

En la Clínica Ignacio Chávez, Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, la atención es otorgada por Médicos Generales, Médicos Familiares de ambas modalidades, dos y tres años; y por Médicos Especialistas no Familiares. Se encontró en el ISSSTE un estudio realizado por Gómez⁶² en la misma clínica en el 2001, donde se comparó al médico familiar del médico general, con respecto a la satisfacción general del usuario sin encontrar diferencias. No se encontraron en alguna otra institución, donde se compare el grado de satisfacción del paciente entre este grupo de médicos encargados de la salud en el primer nivel.

En nuestro País, en la atención primaria muchos de los aspectos organizativos y funcionales están pensados desde la perspectiva, intereses y necesidades de los profesionales sanitarios. El ciudadano que los utiliza no es el referente básico de la organización de una empresa de servicios y se encuentra sujeto a criterios funcionales de los centros que frecuentemente no tienen en cuenta sus necesidades, demandas y expectativas. Esta situación es la principal barrera a la imprescindible accesibilidad que la Atención Primaria debe tener si quiere asumir las competencias teóricamente le corresponden y desempeñar un rol protagonista dentro del sistema sanitario público⁵⁸.

El método de medición más generalizado es la encuesta como medio para explicitar el grado de satisfacción y por otro lado la opinión respecto a su estado actual²⁸. Con esta herramienta se puede medir el grado de satisfacción del usuario y enfocar así los resultados para realizar los cambios adecuados, apuntando siempre al paciente y sus requerimientos; mejorando finalmente la calidad de la Atención Médica.

A través de encuestas nacionales realizadas han quedado patentes grados variables de insatisfacción por la atención recibida en relación con los aspectos antes mencionados; estas situaciones deberán llevarnos a realizar medidas preventivas y correctivas tendientes a lograr que una atención de óptima calidad no quede desvirtuada por aspectos mucho más sencillos de lograr con una buena disposición del personal y organización de los servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Justificación:

En tratados Internacionales y Nacionales: como la Declaración de Alma Ata 1978¹, la Declaración de Sevilla 2002², el Programa Nacional de Salud, contemplado dentro del Plan Nacional de Desarrollo, se menciona el compromiso de otorgar el derecho del paciente a recibir atención de la salud con calidad.

Uno de los objetivos generales que pretende alcanzar el ISSSTE, es mejorar la calidad asistencial que se presta en el complejo de Clínicas y Hospitales. Para poder lograrlo, ha creado el Programa "Nuevo Modelo Integral de Salud Familiar Preventivo"⁴⁹, dirigido para el primer y segundo nivel de atención, que surge como respuesta al Programa Nacional de Salud¹¹ 2001-2006, basándose en sus políticas rectoras de Calidad, Equidad y Protección Financiera; enfocándose al primer nivel de atención, impulsando así los programas de Medicina Familiar. Se ha detectado que la problemática de los servicios de salud del ISSSTE se centra en dos grandes rubros: La calidad de los servicios y, altos costos. La percepción de los derechohabientes es que la calidad es deficiente y la cobertura de los servicios de salud del ISSSTE es limitada, creando así insatisfacción del usuario y del prestador del servicio. El ISSSTE ha creado dentro de su "Nuevo Modelo de Atención Familiar"⁴⁹, diversos proyectos como respuesta para afrontar sus debilidades. Uno de ellos es el proyecto de "Calidad en la Atención Médica" donde una de sus acciones es la realización de encuestas dirigidas al usuario para medir así su grado de satisfacción.

Se considera que conocer la opinión y el grado de satisfacción de los usuarios es necesario, puesto que es un indicador importante de calidad, tal como lo han expresado otros autores^{3,16,18,21,22}.

La mayoría de las empresas no tienen ni idea respecto a lo que sus clientes desean. A muchos parece no importarles.

Sólo partiendo del punto de vista del cliente se aprende lo que él necesita y desea. No importa que tan excelentes o superiores considere una empresa sus bienes y servicios, de nada sirven si no son lo que el cliente desea o necesita. Estar orientado al cliente significa proporcionar un valor agregado a los bienes, servicios y experiencias personales que los clientes encuentran útiles, prácticos y placenteros. Se tiene que ver y sentir las cosas como el consumidor. Estar orientado hacia el cliente significa satisfacer y exceder las expectativas de éste⁵⁹.

El método de orientación al cliente da como resultado mejoras que funcionan, perduran y que se toman en cuenta.

La satisfacción de los usuarios es reconocida por los proveedores de servicios sanitarios como una medida legítima de la calidad asistencial. Conocer la satisfacción del usuario en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" es de gran importancia con el fin de mejorar los servicios en función de sus opiniones y de los recursos disponibles⁶⁰.

La satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención a la salud y un posible factor determinante de la utilización y de la conducta respecto al cumplimiento del tratamiento prescrito, así como acudir a control de programas preventivos, vacunas etc. lo que justifica que la satisfacción se incorpore como una medida de mejora de calidad.

Tomando en cuenta el nivel de conocimientos del paciente, su satisfacción depende por mucho del trato otorgado durante la consulta, y en general de la relación médico-paciente, no tanto así del aspecto Técnico-Científico de la atención; esto aunado a las diversas formaciones académicas con que cuentan los médicos adscritos a la clínica "Dr. Ignacio Chávez"; conduce a esta investigación a obtener, información comparativa sobre que tanto se cubren las expectativas y necesidades de los pacientes durante su consulta otorgada por los diferentes grupos de médicos en cuanto a sus diferentes formaciones académicas.

La evaluación sistemática de la satisfacción del derechohabiente comparándola según la diferente formación académica de los Médicos encargados de la Atención Primaria, aporta un elemento de juicio para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la calidad y eficiencia de la actividad médica. Obteniendo también información necesaria para poder realizar cambios en los programas de medicina familiar que compensen y refuercen las áreas de oportunidad detectadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Objetivos

Objetivo General:

- Determinar las diferencias en cuanto a la satisfacción de los usuarios de médicos especialistas de medicina familiar en plan de tres años, plan de dos años, médicos generales y médicos de otra especialidad, en el primer nivel de atención, en la consulta externa de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez".

Objetivos Específicos:

- ✓ Medir y registrar el nivel de satisfacción del usuario en la clínica "Dr. Ignacio Chávez".
- ✓ Comparar los resultados obtenidos entre las diferentes categorías de médicos, según su formación profesional, médicos generales, médicos familiares, otra especialidad.
- ✓ Identificar las principales quejas y sugerencias que realizan los usuarios en cuanto a la atención médica de la clínica "Dr. Ignacio Chávez".

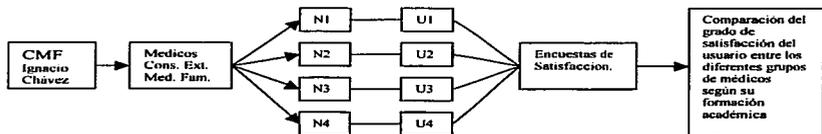
Material y Métodos

1. Tipo de Estudio.

Es una investigación Cuantitativa, Observacional, Transversal, Comparativa, Descriptiva.

2. Diseño de Investigación del Estudio:

Se compararon cuatro grupos de médicos que laboran en atención primaria en la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez: Médicos generales, médicos familiares en sus dos modalidades: programa semiescolarizado de 2 años y especialistas de 3 años; y médicos de otra especialidad no familiar. Se aplicó un cuestionario a la población usuaria del servicio de consulta externa de medicina familiar donde se midió la satisfacción del usuario en la atención médica; se compararon los resultados entre cada grupo de médicos según su formación académica.



N1: Médicos Especialistas en Medicina Familiar de plan de 3 años.

N2: Médicos Familiares de plan de 2 años.

N3: Médicos Especialistas no familiares.

N4: Médicos Generales.

U1: Usuarios de N1.

U2: Usuarios de N2.

U3: Usuarios de N3.

U4: Usuarios de N4.

3. Población, lugar y tiempo.

La población: derechohabientes de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez", ubicada en la zona sur de la Ciudad de México, que corresponde a 7,750 usuarios entre 20 y 65 años. Se calculó una muestra con representación proporcional para cada grupo de médicos encargados de la consulta externa de medicina familiar en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" perteneciente al ISSSTE, los cuales fueron agrupados según su diferente formación académica:

<i>Tipo de Médicos</i>	<i>Turno Matutino</i>	<i>Turno Vespertino</i>	<i>Total</i>
✓ Médicos Especialistas en Medicina Familiar	8	6	15
✓ Médicos Familiares del curso semiescolarizado de dos años	2	1	3
✓ Médicos Generales	4	2	7
✓ Médico Especialista No Familiar	3	0	1

Se aplicó la encuesta inmediatamente después de que el usuario recibió su consulta. Las encuestas se estuvieron aplicando durante un lapso de tiempo de aproximadamente dos meses.

4. Muestra.

Se calculó una muestra no aleatoria (no probabilística), muestreo de selección casual, representativo por tipo de médico, tomando una cantidad de 26 médicos en total en ambos turnos matutino y vespertino, a cargo del servicio de consulta externa de medicina familiar. Hubo 15 médicos familiares del plan de tres años, 3 médicos familiares del plan semiescolarizado de dos años, 7 médicos generales, y 1 médico especialistas no familiar. La muestra se calculó con base en la población usuaria con edad entre los 20-65 años de edad, a partir de 7,750 usuarios, utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño: } \frac{Z^2 \cdot q}{e^2 \cdot p} \cdot \frac{1 + 1/N \left(\frac{Z^2 \cdot q}{e^2 \cdot p} - 1 \right)}$$

Confianza: 90% = Z = 1.695 Error 10% = e = .10 Variabilidad = p = .65. q = .35 N = 7750.

La muestra mínima final calculada fue de 150 encuestas, sin embargo se aplicaron 168 encuestas; Calculando aplicar entre 6 y 7 encuestas a usuarios por cada médico, inmediatamente posterior a recibir su consulta.

5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión: Pacientes entre 20 y 65 años que recibieron consulta externa de medicina familiar en el mismo día en que se aplicó la encuesta. Se incluyeron menores de edad siempre y cuando fueran acompañados de un tutor y éste fuera el que respondió la encuesta con respecto a la atención otorgada al paciente.

Criterios de exclusión: No cumplir con la edad, y menores de edad sin compañía de un tutor. No haber recibido consulta externa de medicina familiar. Pacientes que no recibieran consulta ese mismo día. Declarar que no desearon contestar la encuesta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios de eliminación: El haber acudido a consulta sólo con el objetivo de obtener incapacidad médica. El acudir solo por medicamentos sin recibir consulta propiamente, personas que acudieron sólo por medicamentos para sus familiares. El que la consulta no se haya otorgado completa por algún motivo por causa del paciente. Cuando el paciente manifestó negativa a seguir participando en el momento de la aplicación del cuestionario.

6. Variables.

Las variables, su tipo, la escala de medición y los valores posibles de respuestas se muestran a continuación:

	Nombre de la variable	Tipo de Variable	Escala de Medida	Valores o código
1	Número de Folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a 168.
2	Número de Consultorio	Cuantitativa	Discontinua	Número de consultorio
3	Turno de Atención	Cualitativa	Nominal(dicotómica)	0= Matutino 1= Vespertino
4	Nombre del Médico	Cualitativa	Nominal (Textual)	Nombre del Paciente
5	Tipo de Médico	Cualitativa	Nominal	0= Médico Familiar de Tres años 1= Médico Familiar de Dos años 2= Médico General 3= Médico Espec. No Familiar
6	Edad del Paciente	Cuantitativa	Continua	Numero enteros
7	Sexo del Paciente	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	0= Masculino 1= Femenino
8	Escolaridad del Paciente en años	Cuantitativa	Continua	Número total de años de estudio a partir de la primaria (no son validos los años reprobados)..
9	Estado Civil del Paciente	Cualitativa	Nominal	0= Soltero, 1= Casado, 2= Viudo, 3= Divorciado, 4= Unión Libre.
10	Ocupación del Paciente	Cualitativa	Nominal	0= Ama de casa, 1= Estudiante, 2= Desempleado, 3= Subempleado, 4= Pensionado-Jubilado, 5= Comerciante, 6= Empresario, 7= Profesionista, 8= Empleado, 9= Técnicos, 10= Artesanos.
11	Consulta Primera Vez	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
12	Número de Veces de Consulta	Cuantitativa	Discontinua	0= 2-4 veces, 1= 5-10 veces, 2= Más de 10 veces.
13	Tiempo de Espera	Cuantitativa	Continua	Valor del tiempo de espera en minutos.
14	Sabe nombre del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
15	Diga Nombre de Médico	Cualitativa	Nominal	Nombre del Médico
16	Solo lo conoce	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
17	Amabilidad con el Paciente	Cualitativa	Nominal	0= Muy amable, 1= Amable, 2= Poco amable, 3= Nada amable.
18	Cortesía	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
19	Recibimiento del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Grosero, 1= Enojado, 2= Indiferente, 3= Respetuoso, 4= Sonriente.

20	Interés por el paciente	Cualitativa	Nominal	0= Muy interesado, 1= Interesado, 2= Poco interesado, 3= Nada interesado.
21	Envío a otro servicio	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
22	Nombre del Servicio al que fue enviado	Cualitativa	Nominal	Nombre del servicio al que fue enviado
23	Dudas Orientación del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
24	Dijo Diagnóstico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
25	Diagnóstico del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre del diagnóstico dado.
26	Realización de Exploración Física	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
27	Información sobre padecimiento	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
28	Dudas sobre padecimiento	Cuantitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
29	Información sobre prevención	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
30	Dudas Prevención	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
31	Información sobre Tratamiento	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
32	Dudas del Tratamiento	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
33	Expresión Clara del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
34	Resolución de Dudas	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
35	Necesidad de otra opinión médica	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
36	Duración de la consulta	Cuantitativa	Continua	Valor de la duración de la consulta en minutos.
37	Tiempo de Consulta Suficiente.	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
38	Sexo del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Masculino, 1= Femenino.
39	Preferencia de sexo del médico	Cualitativa	Nominal	0= Masculino, 1= Femenino.
40	Grado de Satisfacción General	Cualitativa	Nominal	0= Muy satisfecho, 1= Satisfecho, 2= Poco satisfecho, 3= Insatisfecho

7.- Definición conceptual y operativa de las variables.

En la variable tiempo de espera, se tomó en cuenta desde el momento en que el paciente llega a la clínica, ya sea a solicitar su consulta para ese mismo día o a su cita realizada previamente, hasta que sea otorgada la consulta. —siempre y cuando el paciente haya permanecido en la clínica esperando. En los casos en que el paciente acudió a sacar cita para el mismo día y se retiró de la clínica, regresando a la hora de la cita, se tomó en cuenta el tiempo continuo que el paciente esperó en la clínica previo a recibir su consulta. Dicho tiempo se contabilizó y registró en minutos.

En amabilidad con el paciente, la forma en el médico se dirigió al paciente durante la consulta, definiendo amabilidad como: afectuoso, interesado por el paciente. Fue medida con escala de tipo Likert.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cortesía, se definió cómo: respetuoso, educado; se le preguntó si el saludo del médico fue con cortesía o no lo fue.

En las variables **envío a otro servicio**, se preguntó si el médico envió al paciente a algún otro servicio dentro o fuera de la clínica, como es laboratorio, rayos x o algún pase a alguna otra clínica u hospital de especialidad. Se le preguntó también a **cual servicio fue enviado**, y si le quedaron **dudas con la orientación que dio el médico al enviarlo**, en esta última se valoró si la información otorgada por el médico para que acuda al servicio enviado fue suficiente.

En las variables de **realización de exploración física**, se refirió a si el médico revisó y exploró el cuerpo del paciente, de acuerdo a los signos o síntomas por lo que acudió a consulta. En **información sobre el padecimiento**, se refiere a que si el médico habló e informó sobre el padecimiento que presenta, según el diagnóstico realizado, y se le preguntó si le quedaron **dudas sobre la información otorgada sobre padecimiento**, para valorar si el paciente considera suficiente la información recibida.

De igual manera las variables **información sobre prevención**, se le preguntó y explicó al paciente sobre información otorgada sobre medidas y acciones que debe tomar para evitar que el padecimiento o alguna enfermedad en general se agrave, o recurra o aparezca en un futuro en **información sobre tratamiento**, se refirió a la información otorgada sobre el tratamiento prescrito por el médico con respecto al padecimiento que motivó la consulta y se le preguntó si le quedó alguna **duda con información de prevención y dudas con información de tratamiento**, para valorar así, si la información recibida por el usuario fue suficiente.

Expresión con claridad, se refiere a que si el médico se expresó claramente en todo el proceso de la consulta y con la información otorgada en general, se le explicó que si el médico utilizó un lenguaje claro, que si el paciente entendió toda la información recibida.

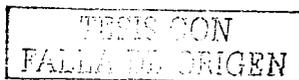
En la variable, **preferencia del sexo del médico**, se valorará cual sexo del médico prefiere o se siente con más confianza el paciente al recibir la atención médica.

Grado de satisfacción general, se refirió a la satisfacción en general obtenida en todo el proceso de la consulta, y se valoró según escala tipo Likert.

8. Diseño estadístico.

- El propósito estadístico de la investigación fue describir y comparar. - Se investigaron cuatro grupos de médicos según su formación académica. - Se realizó una medición en la unidad de muestreo; con mediciones independientes. - Se aplicó una encuesta por paciente, a siete pacientes por cada médico, siendo un total de 26 médicos.

- Se midieron variables tanto cualitativas, como cuantitativas. Se utilizaron escalas, continuas, nominales, discretas. - Se investigó una muestra no aleatoria, representativa de acuerdo a la frecuencia y tipo de médico, de 168 encuestas.



9. Instrumento de recolección de datos.

Se aplicó un cuestionario dirigido de satisfacción del paciente, el cual se basó en los cuestionarios del Hospital ABC, Sanatorio Durango, ambos de la Ciudad de México; utilizadas para este mismo propósito y la encuesta de trato digno del ISSSTE de la cruzada nacional por la calidad; modificados y adecuados por el autor.

El instrumento constó de una ficha de identificación con datos generales del médico y del paciente, sin especificar nombres. A continuación una sección de conocimiento acerca del médico, número de consulta y tiempo de espera. Posteriormente una sección sobre el trato personal del médico hacia el paciente, es decir la relación médico paciente, donde se hace hincapié en investigar la información otorgada al paciente durante el proceso de la consulta. En otra sección se valora el tiempo otorgado por el médico a la consulta y si le parece suficiente al paciente, también se valoró sobre la necesidad de otra opinión médica, y algunas preferencias del paciente como es sexo del médico. Finalmente se pregunta la satisfacción general percibida y valorada con escala tipo likert, y se le solicitan sugerencias para mejorar el servicio.

(ver anexo 1)

10. Método de recolección de datos.

1. Previa autorización de los directivos de la clínica Dr. Ignacio Chávez, nos ubicamos en la sala de espera de dicha clínica, se escogió un consultorio y se esperó a que saliera el paciente de tomar su consulta.
2. Se abordó al paciente y se presentó el encuestador, se le explicó el objetivo de la encuesta, se hizo lectura del consentimiento de participación voluntaria, y se le preguntó si aceptaba contestar la encuesta.
3. En caso positivo, se verificaron los criterios de inclusión y a los que cumplieron con ellos, se le aclaró que podía interrumpir en cualquier momento que le surgiera una duda. Se procedió a la realización del cuestionario guiado. Respondiendo y resolviendo todas las dudas que presentó el paciente durante la aplicación, con una duración por encuesta de aproximadamente 5 minutos en promedio. Se agradeció su participación.
4. Al completar las 7 encuestas por médico se pasaba con el siguiente, tratando de aplicar el mayor número de encuestas posible por día. Se inició con el turno matutino y al terminar el total de ellas, se continuó con el turno vespertino.
5. Una vez terminada la aplicación de encuestas se procedió a crear y diseñar la base de datos en el programa SPSS de Windows. En el cual se almacenó y procesó la información, se compararon los resultados obtenidos entre los diferentes grupos de médicos que laboran en consulta externa de medicina familiar, según su distinta formación académica. Es decir se compararon los resultados entre los médicos especialistas en medicina familiar en plan de 3 años, médicos familiares del curso semiescolarizado de 2 años, médicos generales y médicos especialistas no familiares; todos ellos a cargo del servicio de consulta externa de dicha clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11. Maniobras para evitar o controlar sesgos.

Las encuestas fueron aplicadas por el autor de forma guiada, para evitar sesgos de tipo de interpretación de las preguntas o no-respuesta. Se les indicó a los entrevistados que podían preguntar dudas en cualquier momento de la aplicación del cuestionario, dándoles explicaciones donde lo solicitaban. Fueron aplicadas al salir el usuario del consultorio, inmediatamente después de recibir su consulta. Se le preguntó directamente al paciente el número de consultorio en el que había recibido la consulta y se corroboró el médico que se encontraba en dicho área para evitar sesgos por suplencias médicas. Se preguntaba motivo de consulta y si la había recibido completa y en caso negativo la causa.

Se reconoce que existió sesgo de selección debido a que la muestra fue no alcatoría.

12.- Prueba piloto.

Se realizó una prueba piloto que consistió en la aplicación de 20 encuestas en pacientes. Se observó la necesidad de aplicarlas como entrevista dirigida debido a las dudas que surgieron y a la manera de interpretar ciertas preguntas por parte del paciente, ya que en la forma de auto-aplicación dejaban muchas preguntas sin contestar. Se agregaron un par de preguntas orientadas para valorar la información otorgada al paciente e investigar sobre la exploración física. Se corrigieron otras que no quedaban claras o se prestaban a polaridad. Se definieron términos como "amabilidad", "cortesía", al igual que "claridad" que mostraron dificultad para otorgar una respuesta en algunos casos. Se midió un tiempo promedio por encuesta de 5 minutos.

13. Procedimientos estadísticos.

13.1 Plan de codificación de los datos.

Se asignaron números iniciando por cero, para el almacenamiento de los datos en la base electrónica del programa SPSS.

En las respuestas:

- 0= Sí y 1= No.
- 0= Matutino 1= Vespertino.
- 0= Médico familiar de tres años, 1= Médico familiar de dos años, 2= Médico general, 3= Médico especialista no familiar.
- 0= Masculino 1= Femenino.
- 0= Soltero, 1= Casado, 2= Viudo, 3= Divorciado, 4= Unión libre.
- 0= Ama de casa, 1= Estudiante, 2= Desempleado, 3= Subempleado, 4= Pensionado-jubilado, 5= Comerciante, 6= Empresario, 7= Profesionista, 8= Empleado, 9= Técnicos, 10= Artesanos.
- 0= 2-4 veces, 1= 5-10 veces, 2= Más de 10 veces.
- 0= Muy amable, 1= Amable, 2= Poco amable, 3= Nada amable.
- 0= Grosero, 1= Enojado, 2= Indiferente, 3= Respetuoso, 4= Sonriente.
- 0= Muy interesado, 1= Interesado, 2= Poco interesado, 3= Nada interesado.
- 0= Muy satisfecho, 1= Satisfecho, 2= Poco satisfecho, 3= Insatisfecho

13.2 Diseño y construcción de la base de datos.

Se diseñó una base de datos en el programa SPSS para Windows, con las siguientes características:

	Nombre de la variable	Tipo de Variable	Escala de Medida	Valores o código
1	Número de Folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a 168.
2	Número de Consultorio	Cuantitativa	Discontinua	Número de consultorio
3	Turno de Atención	Cualitativa	Nominal(dicotómica)	0= Matutino 1= Vespertino
4	Nombre del Médico	Cualitativa	Nominal (Textual)	Nombre del Paciente
5	Tipo de Médico	Cualitativa	Nominal	0= Médico Familiar de Tres años 1= Médico Familiar de Dos años 2= Médico General 3= Médico Espec. No Familiar
6	Edad del Paciente	Cuantitativa	Continua	Numero enteros
7	Sexo del Paciente	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	0= Masculino 1= Femenino
8	Escolaridad del Paciente en años	Cuantitativa	Continua	Número total de años de estudio a partir de la primaria (no son validos los años reprobados)..
9	Estado Civil del Paciente	Cualitativa	Nominal	0= Soltero, 1= Casado, 2= Viudo, 3= Divorciado, 4= Unión Libre.
10	Ocupación del Paciente	Cualitativa	Nominal	0= Ama de casa, 1= Estudiante, 2= Desempleado, 3= Subempleado, 4= Pensionado-Jubilado, 5= Comerciante, 6= Empresario, 7= Profesionalista, 8= Empleado, 9= Técnicos, 10= Artesanos.
11	Consulta Primera Vez	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
12	Número de Veces de Consulta	Cuantitativa	Discontinua	0= 2-4 veces, 1= 5-10 veces, 2= Más de 10 veces.
13	Tiempo de Espera	Cuantitativa	Continua	Valor del tiempo de espera en minutos.
14	Sabe nombre del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
15	Diga Nombre de Médico	Cualitativa	Nominal	Nombre del Médico
16	Solo lo conoce	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
17	Amabilidad con el Paciente	Cualitativa	Nominal	0= Muy amable, 1= Amable, 2= Poco amable, 3= Nada amable.
18	Cortesía	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
19	Recibimiento del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Grosero, 1= Enojado, 2= Indiferente, 3= Respetuoso, 4= Sereniente.
20	Interés por el paciente	Cualitativa	Nominal	0= Muy interesado, 1= Interesado, 2= Poco interesado, 3= Nada interesado.
21	Envío a otro servicio	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
22	Nombre del Servicio al que fue enviado	Cualitativa	Nominal	Nombre del servicio al que fue enviado
23	Dudas Orientación del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
24	Dijo Diagnóstico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
25	Diagnóstico del paciente	Cualitativa	Nominal	Nombre del diagnóstico dado.

26	Realización de Exploración Física	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
27	Información sobre padecimiento	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
28	Dudas sobre padecimiento	Cuantitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
29	Información sobre prevención	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
30	Dudas Prevención	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
31	Información sobre Tratamiento	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
32	Dudas del Tratamiento	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
33	Expresión Clara del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
34	Resolución de Dudas	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
35	Necesidad de otra opinión médica	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
36	Duración de la consulta	Cuantitativa	Continua	Valor de la duración de la consulta en minutos.
37	Tiempo de Consulta Suficiente.	Cualitativa	Nominal	0= Sí, 1= No.
38	Sexo del Médico	Cualitativa	Nominal	0= Masculino, 1= Femenino.
39	Preferencia de sexo del médico	Cualitativa	Nominal	0= Masculino, 1= Femenino.
40	Grado de Satisfacción General	Cualitativa	Nominal	0= Muy satisfecho, 1= Satisfecho, 2= Poco satisfecho. 3= Insatisfecho

13.3 Análisis estadístico de los datos.

Se utilizaron medidas de estadística descriptiva: promedios, desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Se realizaron pruebas estadísticas para variables cualitativas utilizando la prueba "Ji- cuadrada".

14. Cronograma.

1. Julio, agosto, septiembre, octubre 2002: Etapa planeación del proyecto.
2. Segunda quincena de diciembre 2002, enero y febrero 2003: Aplicación de encuestas. Conforme se fueron aplicando las encuestas, se obtuvieron diversas entrevistas con el asesor de tesis para resolver dudas y revisiones de lo ya avanzado.
3. Marzo: Base de datos y proceso de la información.
4. Marzo-Abril: Descripción de resultados y discusión.
5. Mayo primera quincena: Conclusiones, integración y revisiones finales, reporte final, autorizaciones, impresión trabajo final, solicitud de examen de tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento.

Humanos: Una persona para la aplicación de encuestas y recolector de datos, un asesor estadístico para procesar la información, dos asesores de tesis.

Materiales: Computadora portátil, impresora, dos cartuchos de tinta para impresora, dos disks, plumas, dos paquete de 500 hojas, escritorio, paquete Windows de análisis de datos SPSS. Fotocopias para encuestas.

Físicos: Las salas de espera de la clínica Dr. Ignacio Chávez, donde se aplicaron las encuestas, oficinas para la recopilación y procesamiento de información.

Financiamiento: El costo fue cubierto por el propio autor.

16.- Aspectos éticos.

Este estudio no representó ningún riesgo de daño físico, psicológico o moral en los pacientes que aceptaron participar en el estudio. Se considera que la investigación se apega íntegramente a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁶¹, así como al reglamento de la Ley General de Salud¹³ en Materia de Investigación para la Salud principalmente en lo concerniente a los artículos:

Título Segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos:

Capítulo I: artículos 13, 14(en todos sus incisos), 16, 17 (inciso II), 18, 19, 20, 21 (en todos sus incisos), 22 (en todos sus incisos), 23.

Título Cuarto: De la bioseguridad de las investigaciones: Capítulo I, artículos 75, 76, 77, 78, 79, 80, 83.

Título Quinto: De las comisiones internas en las instituciones de salud, Capítulo único; artículos 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104.

Título Sexto: De la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud; Capítulo único, artículos 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120.

Consentimiento de Participación Voluntaria

Consentimiento para participación en la encuesta "Evaluación de la Satisfacción de la Atención Médica". El presente cuestionario tiene como propósito medir la satisfacción del usuario en cuanto a la atención médica otorgada en la clínica Dr. Ignacio Chávez. Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta unidad médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria. Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. Del mismo modo, si usted se siente en algún momento herido, lastimado o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario consta de 17 preguntas y se contesta aproximadamente en 5 minutos, no existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestar el cuestionario? Sí _____ No _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados

De los 26 médicos calculados se eliminaron dos, un médico familiar y un médico general debido a que no se encontraban laborando en la clínica en el momento de la recolección de datos, quedando un total de 24 médicos..

Se aplicaron un total de 168 encuestas, de las cuales se eliminaron 7 encuestas por cumplir con alguno de los criterios de eliminación, quedando un total de 161 encuestas.

En la tabla uno se presenta la frecuencia de las encuestas por tipo de médico y su porcentaje. Se asignó una letra a cada tipo de médico para facilitar la comprensión de los datos.

Tabla 1.
Frecuencia de Encuestas por Tipo de Médico, aplicadas en la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México, DF. Mayo 2003.

Tipo de Médico	Num. de Médicos	Núm. de Encuestas	Porcentajes
Médico Familiar de Tres años (A)	14	89	55.3%
Médico Familiar de Dos años (B)	3	21	13.0 %
Médico General (C)	6	44	27.0%
Especialista No Familiar (D)	1	7	4.3%
Total	24	161	100%

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

El 62.7% de las encuestas fueron aplicadas en el turno matutino y 37.3 % en turno vespertino.

Se aplicó un número casi dos veces mayor de encuestas a mujeres, que en hombre, lo que se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1.
Frecuencia de encuestados según sexo, aplicadas en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo del 2003.



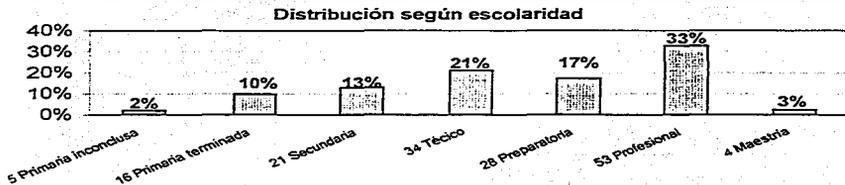
n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

La distribución de la muestra según su escolaridad, la podemos apreciar en la figura 2; donde se encuentra una media de 11.81 años de estudios (tomando el año 1 el primer año de primaria).

Figura 2.
Encuestados según nivel de estudios, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F., Mayo del 2003.

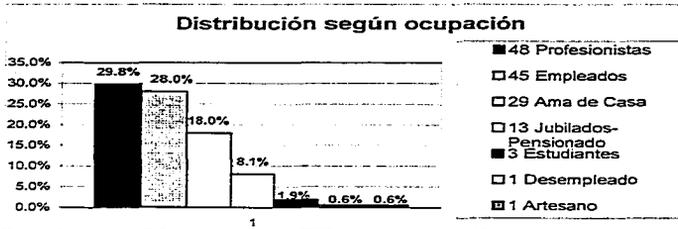


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Según la ocupación del usuario se encontró diversificación de empleos, como se observa en la figura 3.

Figura 3.
Distribución de los encuestados según ocupación, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F., Mayo del 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

En la variable *número de veces de consultas con el médico*, el 44.7% respondió que era la primera vez con el médico que otorgó la consulta el día de la encuesta, y el 55% ya había pasado en otras ocasiones con el médico que le atendió.

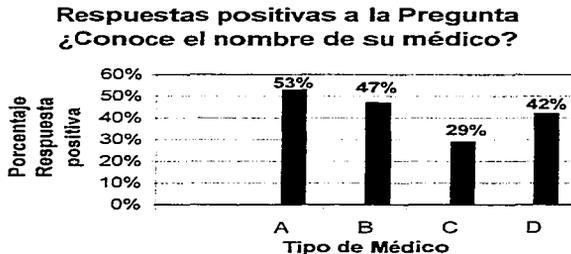
Uno de los resultados que llamó la atención fue *el tiempo de espera para recibir la consulta*, que se presentó con una media de 66 minutos. Con una desviación estándar de 84.89. Con un mínimo de cero minutos y un máximo de 320 minutos.

La *duración de la consulta* fue una media de 15.52min. con una desviación estándar de 6.65.

Comparación de los diferentes grupos de médicos:

Las respuestas a la pregunta sobre si los pacientes *conocían el nombre de su médico*, el 46% de la muestra si lo sabía, y el 54% lo desconocía; Las diferencias según tipo de médico se presentan en la figura 4.

Figura 4.
Porcentaje de pacientes que si conocían el nombre de su médico. en la Clínica Dr. Ignacio Chávez, México, D.F., Mayo 2003.

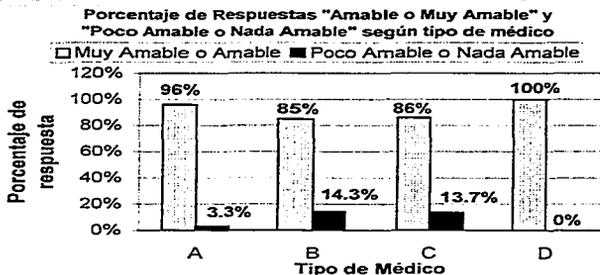


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE".

Sobre la *amabilidad del médico* hacia el paciente se encontró que 92% de la población refirió que su médico fue "muy amable o amable", mientras el 7.2% refirió "poco amable o nada amable". Se encontraron algunas diferencias entre los diferentes grupos de médicos, las cuales se muestran en la figura 5.

Figura 5.
Amabilidad con el Paciente, según tipo de médico. Clínica Dr. Ignacio Chávez, México
 D.F. Mayo 2003.

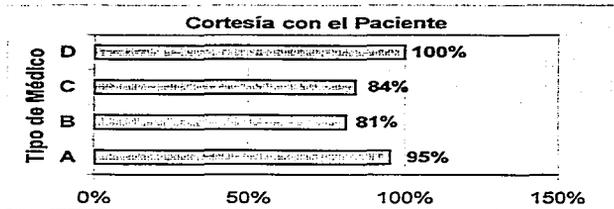


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

En la pregunta *¿ El médico le atendió con cortesía?* Las respuestas positivas fue de 90% de la muestra, la diferencia por médico se presenta en la figura 6.

Figura 6.
Respuestas positivas en cortesía con el paciente por tipo de médico, en la clínica
 Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F., Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE".

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

En la variable *recibimiento del paciente por parte del médico*, se puede ver claramente en la tabla 2 el porcentaje de cada respuesta según el tipo de médico.

Tabla 2.
Recibimiento del Médico: porcentaje de respuestas según tipo de médico. En la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México, D.F., Mayo 2003.

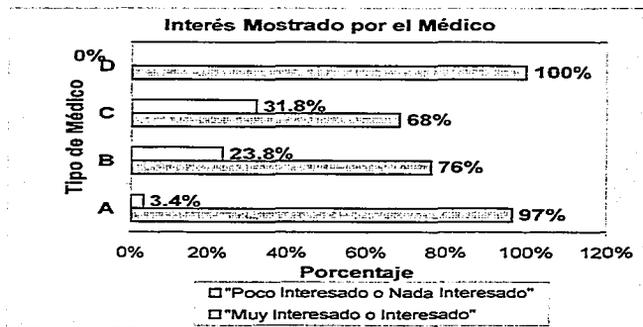
Tipo de Médico	Respetuoso o Sonriente	Indiferente	Enojado
Médico Familiar de Tres años (A)	88.7%	10%	1.1%
Médico Familiar de Dos años (B)	80.9%	19%	0%
Médico General (C)	86.3%	13.6%	0%
Médico Especialista No Familiar (D)	100%	0%	0%

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE".

Con respecto a la variable *interés mostrado por el médico*, el 86.3% de la muestra refirió "muy interesado o interesado", y el 13.7% "poco interesado o nada interesado"; el porcentaje de las respuestas de los usuarios comparado por tipo de médico se encuentran contempladas en la figura 7.

Figura 7.
Interés mostrado por el médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México, D.F. Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

El 35.4% de los pacientes fueron enviados a otro servicio, y de estos, al preguntarles si les quedaron dudas al ser enviados a otro servicio, el 15.5% le quedaron dudas con la orientación otorgada. Las respuestas positivas según tipo de médico, se registraron en la figura 8.

Figura 8.
Dudas al ser enviado a otro servicio, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F., Mayo 2003.

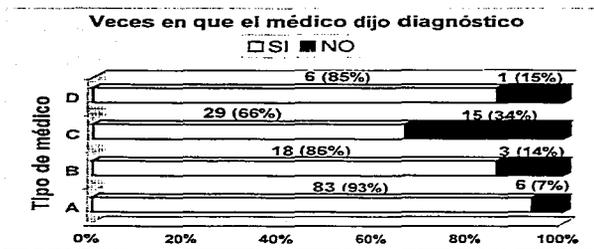


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

El porcentaje encontrado de las respuestas positivas en la variable *dijo el diagnóstico el médico* fue de 84.5% en los encuestados; lo resultados según el tipo de médico se muestran en la gráfica 9.

Figura 9.
Ocasiones en que el médico dijo el diagnóstico. En la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F., Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

En la variable *Realización de exploración física*, al 92.5% de la población si se la realizaron; Los porcentajes según tipo de médico se muestran en la figura 10.

Figura 10.
Realización de exploración física, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

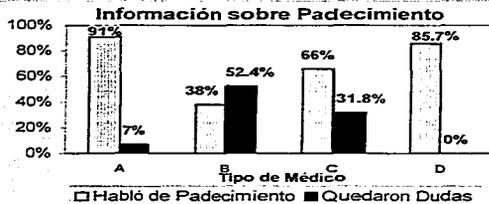


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

A continuación presentamos los resultados obtenidos en cuanto a la información otorgada por el médico al usuario, es decir educación para la salud. Se preguntó si se le habló al paciente sobre su *padecimiento, prevención y tratamiento*, e inmediatamente después de cada pregunta se hizo hincapié si le quedó alguna duda con respecto al cuestionamiento anterior. Al 77% se le habló sobre su padecimiento, al 75% se le habló de prevención, al 93.8% sobre el tratamiento. Lo resultados obtenidos según el tipo de médico se registraron en la figura 11, Figura 12 y figura 13 respectivamente..

Figura 11.
Información de padecimiento con respecto al tipo de médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez de ISSSTE, México D.F., Mayo del 2003.

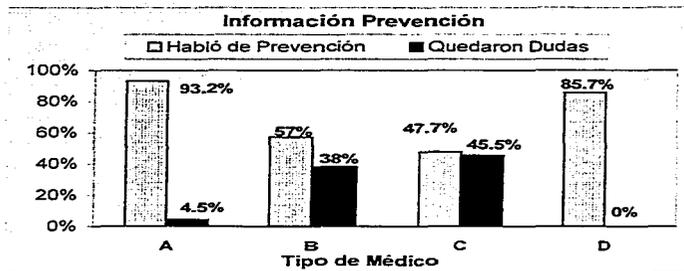


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

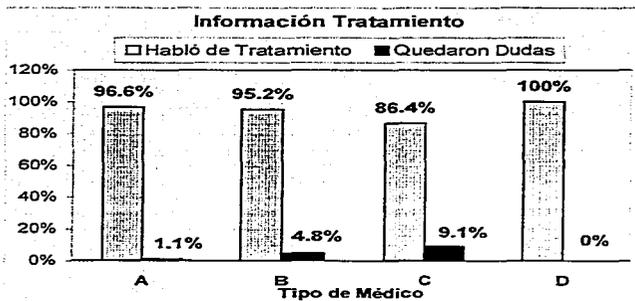
Figura 12.
Información Prevención y dudas por tipo de médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Figura 13.
Información Tratamiento y dudas por tipo de médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESTE CON
 FALLA DE ORIGEN

La importancia de la claridad en la comunicación médica en la relación médico-paciente, fue valorada con la pregunta *¿el médico se expresó con claridad?* En la cual se dieron respuestas positivas del 96.3% y negativas del 3.7%; las diferencias según tipo de médico se encuentran registradas en la tabla 3.

Tabla 3.
Expresión del médico con claridad, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

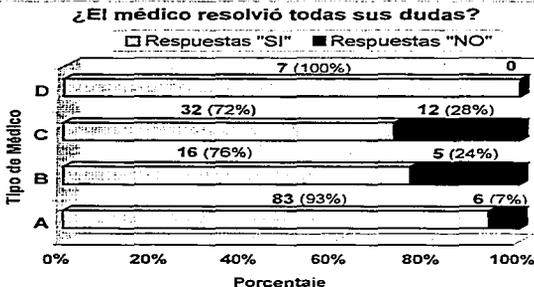
Tipo de Médico	Respuestas "SI"	Respuestas "NO"
Médico Familiar de Tres Años (A)	89 (100%)	0 (0%)
Médico Familiar de Dos Años (B)	19 (90.5%)	2 (9.5%)
Médico General (C)	40 (90.9%)	4 (9.1%)
Médico Especialista No Familiar (D)	7 (100%)	0 (0%)

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Se le preguntó al paciente si *todas sus dudas fueron resueltas* y las respuestas positivas de la muestra fue de 85.7% y los que quedaron con duda fue el 14.3%. Se obtuvieron diferentes resultados según el tipo de médico, como los muestra la figura 14.

Figura 14.
Resolución de dudas por parte del médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo del 2003.

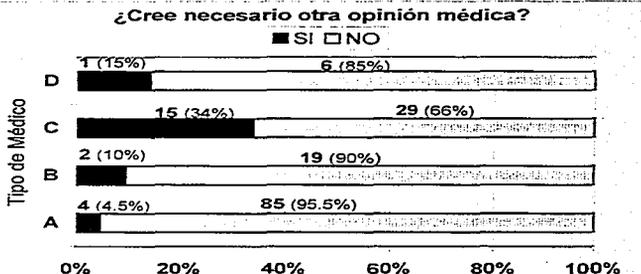


n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Se le preguntó al paciente, si consideraba necesaria *otra opinión médica* con respecto a la consulta actual, el 13.7% de la muestra respondió "Sí" y 86.3% "No"; los resultados obtenidos según el tipo de médico, se muestran en la figura 15.

Figura 15.
Necesidad de otra opinión médica, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

En la variable *duración de la consulta*, como se mencionó, la media general fue de 15.52 minutos con una desviación estándar de 6.65, la diferencia para cada tipo de médico, lo podemos ver en la tabla 4.

Tabla 4.
Duración de la consulta según tipo de médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

Tipo de Médico	Tiempo medio de Consulta
Médico Familiar de Tres años (A)	16 minutos
Médico Familiar de Dos años (B)	15 minutos
Médico General (C)	12 minutos
Médico Especialista No Familiar (D)	22 minutos

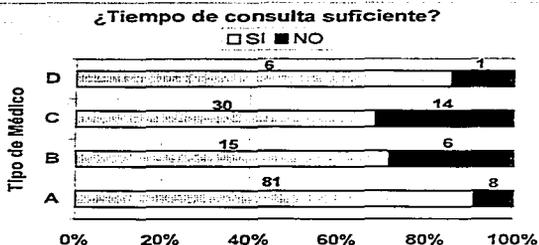
n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Al realizarse la pregunta *¿Considera usted que el tiempo de consulta fue suficiente?* El 82% respondió afirmativamente y el 18% respondió que no. Según los diferentes tipos de médicos, se encontraron los resultados que se muestran en la figura 16.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 16.
Respuestas a la pregunta ¿Tiempo de consulta suficiente?, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

El porcentaje del nivel de *satisfacción general* del usuario en la muestra en general fue de 92.5% quienes refirieron "muy satisfechos o satisfechos" y de 13.6% de "poco satisfechos o insatisfechos" por la consulta recibida. Al comparar según el tipo de médico quedó registrado en la figura 17.

Figura 17.
Nivel de satisfacción general del usuario, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.



n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Pruebas estadísticas:

Del grupo de médicos especialistas no familiar, se trata únicamente de un elemento, quien es cirujano general; de los médicos familiares con el plan de dos años se encuentra laborando un número de 3 médicos; médicos generales fueron 6, contra los 13 médicos familiares de tres años, a los que se les aplicó las encuestas, por lo que se decidió realizar pruebas estadísticas de Ji Cuadrada (Ji^2), donde se cruzaron los resultados de las variables más importantes, de los médicos familiares de tres años (grupo 1) contra grupo 2, donde se incluyó a los tres restantes (médicos generales, familiares de dos años, y especialista no familiar), obteniéndose lo siguiente:

En cuanto a la variable *amabilidad* al hacerse el cruce representado en la tabla 5 se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5.
Opinión de los pacientes en relación a la amabilidad mostrada por el médico,
Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

	Muy amable o amable	Poco amable o nada amable	Total
Médicos Familiares de Tres años (Grupo 1)	86	3	89
Médicos No Familiares de tres años (Grupo 2)	63	9	72
Total	149	12	161
$Ji^2 = 4.80$ $p = 0.028$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Estos resultados indican diferencias significativas de un trato más amable hacia el paciente por parte del médico familiar de tres años (grupo 1).

En la variable *cortesía* los resultados obtenidos en base a los dos grupos, se encuentran en la tabla 6.

Tabla 6.
Opinión de los pacientes en relación a la cortesía mostrada por el médico en la
Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

	Cortesía hacia el paciente		Total
	Si	No	
Médicos Familiares de Tres años	85	4	89
Médicos No Familiares de Tres años	61	11	72
Total	146	15	161
$Ji^2 = 5.478$ $p = 0.019$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se encontró que existe una diferencia estadística significativa de una mayor cortesía del médico familiar de tres años en comparación con los otros tres grupos.

En cuanto a la pregunta si *dijo el diagnóstico el médico* que entra dentro del manejo de información al paciente, lo que se encontró se presenta en la tabla 7.

Tabla 7.
Opinión de los pacientes en relación a la mención del diagnóstico por parte del médico, en la clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

	Dijo el diagnóstico el médico		Total
	Sí	No	
Médicos Familiares de Tres años (grupo 1)	83	6	89
Médico No Familiar de Tres años (grupo 2)	53	19	72
Total	136	25	161
$Ji^2 = 11.713$ $p = 0.001$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

En la variable diagnóstico si existe una diferencia significativa a favor de los médicos familiares de tres años.

En cuanto al manejo de la información se encontró que los médicos familiares de tres años dan en general una mayor educación para la salud es decir hablan más sobre el padecimiento en general y de prevención.

En la tabla 8 se observan los resultados de las respuestas de los pacientes respecto a ambos grupos de médicos en cuanto a la *información sobre el padecimiento*.

Tabla 8.
Opinión de los pacientes respecto a la información que el médico dio sobre su padecimiento en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo del 2003.

	¿Dio información sobre padecimiento?		Total
	Sí	No	
Médicos Familiares de Tres años	81	8	89
Médico No Familiar de Tres años	43	29	72
Total	124	37	161
$Ji^2 = 22.014$ $p = .001$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos resultados indican diferencias significativas a favor del médico familiar de tres años.

La misma situación se presenta en *información de prevención* donde se encontraron los siguientes resultados (tabla 9).

Tabla 9.
Opinión de los pacientes respecto a la información preventiva dada por el médico, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. México D.F. Mayo 2003.

	¿Dio información sobre prevención?		Total
	Sí	No	
Médicos Familiares de Tres años (grupo 1)	82	6	89
Médico No Familiar de Tres años (grupo 2)	39	33	72
Total	121	39	160
$Ji^2 = 22.014 \quad p = .001$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Los resultados indican que hubo diferencias significativas en favor de los médicos familiares de tres años (grupo 1), al hablar de prevención, con respecto a los demás grupos.

En cuanto a la variable *necesidad de otra opinión médica* al realizar la prueba estadística se encontró lo reportado en la tabla 10:

Tabla 10.
Opinión de los pacientes respecto a la necesidad de otra opinión médica, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

	Necesidad de otra opinión médica		Total
	Sí	No	
Médicos Familiares de Tres años	4	85	89
Médico No Familiar de Tres años	18	54	72
Total	22	139	161
$Ji^2 = 14.186 \quad p = .001$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Como se observa, hubo diferencias significativas en favor del grupo 1, es decir, los médicos familiares de tres años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente *la satisfacción general* del usuario con respecto a la consulta en general nos dio los siguientes resultado, representados en la tabla 11.

Tabla 11.
Opinión de los pacientes sobre su percepción de satisfacción de la atención médica recibida, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE. México D.F. Mayo del 2003.

	Satisfacción general		Total
	Muy satisfecho o satisfecho	Poco satisfecho o insatisfecho	
Médicos Familiares de Tres años	86	3	89
Médico No Familiar de Tres años	53	19	72
Total	139	22	161
$\chi^2 = 17.875$ $p = .001$			

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

Se puede observar que existe una diferencia significativa en la satisfacción general del usuario a favor de los médicos familiares de tres años.

En cuanto al *recibimientos del médico, el interés mostrado, dudas en orientación al envió a otro servicio, y la información otorgada sobre el tratamiento*, no se encontraron una diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos de médicos.

En la última parte del cuestionario donde se dio la oportunidad de *sugerencias* los usuarios manifestaron quejas principalmente.

Las sugerencias más frecuentes dadas por los usuarios fueron las mostradas en la tabla 12.

Tabla 12.
Sugerencias manifestadas por los encuestados, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2003.

Sugerencias	Cantidad de usuarios que lo sugirieron	Porcentaje de los encuestados
Mejorar el sistema de citas por teléfono	21	13%
Disponer de consultorios para urgencias menores	3	1.8%

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los usuarios principalmente manifestaron *quejas* y muy pocas sugerencias como se pudo observar en la tabla anterior. El 64.5% de los encuestados se quejaron por lo menos de alguna situación o hecho, las cuales se mencionan en la tabla 13.

Tabla 13.
Principales quejas manifestadas por los usuarios, en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, México D.F. Mayo 2002.

Quejas	Cantidad	Porcentaje de encuestados
Largos tiempos de espera	28	17%
Falta de medicamentos	24	15%
Saturación del servicio	22	14%
No funciona sistema de citas por teléfono	21	13%
Mal servicio administrativo	16	10%
Falta de amabilidad y atención por parte del médico	12	7%
Médicos no puntuales en las citas	11	6.8%
Maltrato por parte del servicio administrativo	8	5%
Falta de interés por parte del Médico (indiferencia)	8	5%
La consulta no es otorgada por el mismo médico	6	4%
Falta de información por parte del médico	5	3%
Otros	13	8%

n = 161 encuestas.

Fuente: Encuestas aplicadas durante la investigación "Satisfacción del Usuario en Cuatro Grupos de Médicos de la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE"

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Discusión

Características de la población.

El porcentaje de encuesta mayor en mujeres que en hombre es debido a que, en general, el número de consultas es mucho mayor solicitado por mujeres que por los hombres⁵⁶, resultados que son similares a los obtenidos por Gómez⁶² en la misma clínica en el 2001; los cuales son explicables por razones laborales en que se desenvuelve el hombre como proveedor de bienes en la familia mexicana.

El nivel de *escolaridad* de la muestra nos habla de una población usuaria preparada en su mayoría, esto se explica por ser la clínica del ISSSTE donde la mayor población derechohabiente poseen un nivel educacional elevado.

Al hablar de *ocupación* la mayor parte fue para profesionales y empleados con 30 y 28% correspondientemente, una cantidad no menos importante lo forman las amas de casas con el 18 %, y jubilados o pensionados con el 8%, esto es fácilmente explicable por la población usuaria del instituto que son empleados y trabajadores de gobierno.

Se encontró que el porcentaje de *consultas que acudían por primera vez con el médico de familia que lo atendió* en el día de la entrevista era del 44.7%. Lo que habla de que casi la mitad de la población usuaria no tiene un consultorio asignado exclusivo para su familia, lo cual fue referido en las sugerencias realizadas por los encuestados, por lo que en casi la mitad de la muestra estudiada se pierde uno de los objetivos de la atención primaria que es la continuidad; Datos más alarmantes encontró Gómez⁶² en el 2001, en que el 78% de los pacientes habían sido atendidos por diferentes médicos.

El *tiempo de espera* se encontró extremista, con pacientes que tienen cero minutos de espera hasta 320 minutos es decir hasta poco más de 6 horas, este fenómeno se puede explicar por la demanda de consulta no programada. La media del tiempo de espera encontrada (66 minutos) fue 11 minutos más amplio que el encontrado por Gómez⁶² en el 2001 en la misma Clínica. Esta fue de hecho la principal queja de los usuarios en las encuestas realizadas (17%), situación que coincide con Ramírez²³ quien encontró (21.6%). Este resultado es un obstáculo para la accesibilidad, característica de la atención primaria, lo cual perjudica a los planes preventivos como vacunas, detecciones oportunas, continuidad de tratamiento, etc.

Diferencias entre los grupos de médicos.

Es conveniente aclarar que en la clínica se encuentra laborando sólo un Médico Especialista No Familiar, el cual tiene la especialidad de Cirugía General, por lo que dicho grupo no fue convenientemente valorado, sin embargo sus resultados fueron bastante satisfactorios.

En las comparaciones realizadas entre los cuatro diferente grupos de médicos, se observó que en la mayoría de las variables, el Médico Familiar de tres años y el Médico Especialista no Familiar fueron los que obtuvieron mayor grado de satisfacción del usuario en la atención médica otorgada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la *duración de la consulta* donde se encontró una media de 15.52, con su desviación estándar de 6.65 minutos, resultados que coincidieron con los de Gómez⁶². Se encontró una menor duración de parte de los Médicos Generales comparado con el resto de los grupos de médicos, se puede explicar porque los Médicos Familiares de dos como de tres años cuentan con 20 minutos de atención para cada consulta por considerarse consulta de especialidad (medicina Familiar); mientras los Médicos Generales cuentan con 15 minutos por consulta. Estas diferencias han sido establecidas institucionalmente. Sin embargo al parecer la tendencia de ambos grupos (Familiares y no familiares) es a tardar 5 minutos menos, ya que la media para médicos Familiares (grupo A y B) fue de 15 minutos, mientras que para los Médicos Generales (grupo C) fue de 12 minutos, contrastando el Médico Especialista No Familiar (cirujano) en que obtuvo 22 minutos. (Grupo D). Esta diferencia de tiempo por consulta pudiera influir en los resultados en donde el médico general obtuvo los grados más bajos, quizá a que no cuenta con tiempo suficiente para información y establecer una adecuada relación médico paciente.

En la pregunta si *conocían el nombre de su médico* es importante mencionar que se valora la importancia de que el proveedor de salud se presente al momento de dar su consulta, parte importante de la relación médico paciente; donde fue favorecido el médico familiar de tres años, éste tiende a presentarse más que los otros grupos al compararlos individualmente, no se encontraron otros estudios donde se valorara esta variable.

Los usuarios encuestados refirieron que los médicos fueron amables o muy amables en su consulta en un 92%, lo que es semejante al estudio de Gómez⁶² donde encontró el 96% en el 2001. Posterior a la reagrupación realizada donde se comparó al médico familiar de tres años (grupo 1), contra el resto de los médicos que formaron el grupo 2 (médicos generales, familiares de dos años y especialista no familiar). Se encontró que en ambas variables, *amabilidad* y *cortesía* existe una diferencia estadísticamente significativa a favor de los médicos familiares de tres años (grupo 1), con respecto al grupo 2.

En el *interés mostrado por el médico* que es algo importante en la relación médico paciente, es parte de la calidez de la atención que se nombra en el Programa Nacional de Salud¹¹, el ponerse en lugar del paciente. Y en este aspecto los médicos familiares de tres años (A), junto con el médico especialista no familiar (D) llevan el mayor porcentaje, al tener el 97% y 100% respectivamente de sus usuarios quienes declararon que éstos mostraron estar "interesados o muy interesados", alejándose por mucho los otros dos grupos con sólo el 76 y 68%. Sin embargo al comparar el grupo 1, contra el grupo 2, no se encontró diferencias significativas.

En general se encontró que los Médicos Familiar de tres años manejan mayor *información hacia el paciente* teniendo los porcentajes más altos de haber hablado a sus usuarios de su padecimiento, en comparaciones individuales (ver figura 9, 11, 12, 13); información que va desde *decir el diagnóstico* hasta el tratamiento, pasando por características generales de su *padecimiento y prevención*. Este manejo de información es muy importante para la educación a la salud características de la Medicina Familiar, influyendo en el apego al tratamiento; la prevención es algo también muy importante y característica de la medicina de primer nivel. Al realizar pruebas estadísticas, y comparar ambos grupos (grupo 1 vs. Grupo 2) se pudo confirmar que en el estudio realizado el

médico familiar de tres años (grupo 1) dijo el diagnóstico, habló del padecimiento y prevención en general, en más ocasiones que todos los otros grupos, existiendo una diferencia estadísticamente significativa; para la orientación en tratamiento no hubo diferencias significativas.

Se han encontrado otros estudios donde valoran la información otorgada al paciente, sin embargo fueron realizados con respecto a los proveedores de la atención primaria en general sin hacer diferencias en su formación académica, como son: Gomez⁵² encontró orientación del padecimiento 85%, de prevención 73.5%, el estudio de Aguirre⁵ realizado en el IMSS, muestra el nivel más bajo de satisfacción para el manejo de información (76%), y resultados internacionales semejantes encontramos en un estudio de Tóro³³ en España (68%). Los cuales son similares a los que encontramos: en general se encontró que 77% recibió información sobre su padecimiento, 75% sobre prevención.

Algo que llamo la atención fue en la *necesidad de otra opinión médica* en que fue inversamente proporcional al grado de preparación del médico, es decir los porcentajes más elevados de usuarios con necesidad de otra opinión médica esta dada por los médicos generales en primer lugar (B), el médico especialista no familiar (D), y los médicos familiares de dos años (C). Siendo el porcentaje menor de estos pacientes para el médico familiar de tres años, es decir se puede afirmar que en este estudio los Médicos Familiares del plan de tres años dieron más confianza y dejaron más convencidos a sus pacientes en su consulta, de tal manera que éstos no perciben la necesidad de una segunda opinión médica, comparado con el resto de los médicos. Al cruzar la información del médico Familiar de tres años (grupo 1) contra el los otros médicos (grupo 2) se encontró que la diferencia es estadísticamente significativa. No se encontraron otros estudios semejantes.

El 82% de los encuestados consideró que el *tiempo de consulta fue suficiente* los que difiere poco con Gómez⁵² quien encontró 76% de satisfechos en el 2001 en la misma clínica. El porcentaje mayor de usuarios que opinaron que el tiempo de consulta no fue suficiente lo obtuvieron los médicos generales, sin embargo esto se puede explicar fácilmente porque institucionalmente su tiempo por consulta es de 15 minutos; Cinco minutos menos que los médicos con categoría de especialidad, donde entran los otros tres grupos.

En la *satisfacción en general* se observa una satisfacción muy elevada para los médicos familiares de tres años (A) y el médico especialista no familiar (D), 96.6 y 100% respectivamente, mientras que para los otros dos grupos se encuentra debajo del 80%, (76 y 68%). Los resultados al realizar pruebas estadísticas y comparar al médico familiar de tres años (grupo 1) contra el resto de los médicos (grupo 2), se encontró que la diferencia sí fue estadísticamente significativa a favor del médico familiar de tres años. Lo que contrasta con el estudio de Gómez⁵² quien no encontró diferencia entre la atención recibida de médicos especialistas en medicina familiar y de médicos generales.

No se encontraron otros estudios donde se compare estos grupos de médicos. Sin embargo sí hay estudios donde se mida el grado de satisfacción de la población en general, en el mismo caso de Gómez⁵² en que el 69.5% quedó satisfecho con los servicios recibidos. El de Ramírez²³ quien encontró una satisfacción del 81.2% e insatisfacción de 18.8%; lo que es similar con los resultados de este estudio, en que la población en general tuvo una satisfacción de 86.4% y una insatisfacción de 13.6%. Estos altos niveles de satisfacción son

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

similares a estudios internacionales^{32,33,59} en que existe una tendencia a referir satisfacción, sin embargo contrasta con el elevado número de quejas manifestadas.

En las *quejas* y sugerencias presentadas por los pacientes se registró un porcentaje de usuarios muy amplio, más de la mitad tuvieron por lo menos un factor de queja, situación similar al encontrado por Gómez⁵² en que el 57.7% manifestó inconformidad por algún problema.

El origen principal de las quejas no fue ocasionadas por la relación interpersonal directamente, la mayor parte están relacionadas por los procesos administrativos; existe un número reducido, pero importante de quejas sobre la atención médica específicamente, como fue la falta de amabilidad por parte del médico, falta de interés, impuntualidad y falta de información. Factores que son fácilmente corregibles y que mejoraría por mucho la satisfacción del usuario. Estos resultados son similares a los encontrados por Gómez⁶² en la misma Clínica en el 2001 y por Valdés⁹ en su estudio donde analizó las principales quejas de la CONAMED, encontrando que el número de quejas de la relación médico paciente no era muy elevado y que las principales eran relacionadas con la estructura y organización, los cuales coinciden con Ramírez²³ donde se encontró que los principales motivos que la población señaló para no regresar a los servicios fue maltrato, largos periodos de espera, falta de medicamentos.

En cuanto al recibimientos del médico, el interés mostrado, dudas en orientación al envió a otro servicio y la información otorgada sobre el tratamiento, no se encontró una diferencia estadística significativa entre el Médico Familiar de tres años (grupo 1) y los otros médicos (grupo 2).

Estas situaciones hablan de que en esta investigación la formación académica del Médico Familiar de tres años, pudiera ser mejor para proporcionar la atención médica en el primer nivel. Su programa académico, más completo tanto por el tiempo como por el contenido, los talleres de relación médico paciente y sicología médica que no son incluidos en el plan de dos años, al igual que las guardias hospitalarias, podrían ser las causas de su mayor capacidad para satisfacer al usuario y para cumplir con una parte básica de la atención primaria como es la prevención, educación para la salud, etc.

Sin embargo se debe tomar en cuenta otras variables que influyen como sería autoconfianza, experiencia, antigüedad laboral, estabilidad en el consultorio, continuidad en la atención, situaciones que se reflejan en la satisfacción del usuario y finalmente en la calidad de la atención.

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores ha sido considerada recientemente como un factor determinante de la calidad de la atención, en virtud de que no es factible conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo; por lo que se requieren estudios adicionales específicos para obtener dicha información.

En general al realizar comparaciones con otros estudios es importante tomar en cuenta que al no existir una herramienta estandarizada para mediciones de la satisfacción en la atención médica, el grado de satisfacción varía según como se analicen los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se reconoce que en esta investigación existió un sesgo por ser una muestra no aleatoria, la cual se eligió por criterio del encuestador al ver salir de algún consultorio un paciente y aplicarle la encuesta. Se requieren de más estudios para poder hacer generalizaciones. Este estudio estuvo limitado al número de médicos que laboraban en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, por lo que el número de médicos con diferente formación no fue el ideal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión

Aplicabilidad Práctica de los Resultados en la Medicina Familiar

En esta investigación se encontró una diferencia estadísticamente significativa del médico familiar contra el grupo formado por los demás médicos con diferente formación académica, estas diferencias fueron a favor del médico familiar de tres años, en áreas clave de la atención primaria, como son la educación para la salud, prevención, etc. y satisfacción en general. Se obtuvieron niveles mayores de satisfacción también en la mayoría de las comparaciones individuales de los médicos a favor también del médico familiar de tres años.

Sin embargo es importante detallar que el programa de Medicina Familiar en su plan de dos años, el cual es una modalidad del ISSSTE, parece ser una buena opción para capacitar a los médicos generales de dicha institución ya que como se observó el nivel de satisfacción del usuario y las funciones de la medicina familiar aumentan con dicha capacitación en comparación con el médico general.

Este tipo de estudios permite obtener una retroalimentación del cómo son percibidos por el usuario, los proveedores de salud, y como es percibida la atención proporcionada. Dando la oportunidad de realizar cambios para lograr una mejoría en la calidad de la atención médica.

La satisfacción del usuario es una parte importante de la calidad en la atención médica, que influye en el apego a los servicios de salud, garantizando así la efectividad de las intervenciones preventivas a toda la población, como la orientación y tratamiento a tiempo de la mayoría de los problemas de salud, vacunas, continuidad de tratamiento etc. Por lo que estos resultados junto con otros similares que se realicen posteriormente podrían indicar reforzar ciertas áreas en los cursos de formación médica, con la intención de lograr enfoque al cliente/ paciente consiguiendo así la satisfacción del usuario.

Es importante considerar la importancia de la relación médico paciente y tomar en cuenta algunos factores de la consulta que el médico minimiza en importancia, como es la relación interpersonal, ya que podría ensombrecer una magnífica atención técnica-médica. El personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal y tener una actitud y una expresión que genere confianza, lo cual favorecería la calidad percibida.

Se obtuvo información útil para tomar decisiones con el fin de prevenir y corregir problemas futuros en la atención médica de primer nivel. Además que estudios como éste, contribuyen con un conocimiento válido para plantear hipótesis de investigaciones futuras en medicina familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conclusiones

En este estudio se establecieron las diferencias que existen en cuanto al grado de satisfacción entre los diferentes grupos de médicos de la atención primaria en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, obteniendo que el médico familiar de tres años presenta una diferencia significativa a favor en la satisfacción del paciente, y en los objetivos básicos de la medicina familiar como son educación para la salud y prevención.

En general en los resultados obtenidos se pudo observar que al comparar los médicos individualmente según su formación académica, se obtuvo un primer lugar para los médicos familiares de tres años y el médico especialista no familiar, seguido de los médicos familiares de dos años y por último los médicos generales. Lo que sugiere que en la Clínica Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE en la población usuaria encuestada se obtuvo que a mayor preparación académica mayor satisfacción del usuario.

En cuanto a la satisfacción general del usuario de la Clínica Dr. Ignacio Chávez, se encontró un grado alto con 86.4% quienes refirieron estar "muy satisfechos o satisfechos".

Dentro de los principales factores de queja se encontró 1.- Tiempos de Espera largos, 2.- Falta de medicamentos, 3.- Saturación del servicio, 4.- mal servicio de citas por teléfono.

En lo que respecta al tiempo de espera sería una buena medida que se dispusiera de algún número determinado de médicos exclusivo para la atención de urgencias leves, dentro de la clínica, tal como lo sugirieron los encuestados, ya que un tiempo de espera medio de poco más de una hora en toda la muestra, es realmente prolongado.

El servicio de citas por teléfono es referido como "una buena idea" sin embargo mencionan los usuarios que no funciona por lo que cambiar de empresa o exigir un buen servicio podría ser una solución. Los otros factores de queja serían reestructuras institucionales.

Se recomienda que en futuros estudios se evalúen a un número mayor de médicos especialistas no familiares en servicio de atención primaria y compararlos con los médicos familiares. Podrían integrarse preguntas donde se detecten factores que el usuario de la Clínica Chávez en particular considera importantes para valorar la calidad de la atención, es importante también evaluar la satisfacción del proveedor de salud como factor que influye directamente en la satisfacción del usuario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Referencias

- 1.- Declaración de Alma-Ata, Conferencia internacional en cuidados primarios de la salud, Alma-Ata USSR, Septiembre 1978. 6-72.
- 2.- Declaración de Sevilla, I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Mayo de 2002.
- 3.- Presentación: Premisas de la calidad de la atención médica [editorial]. Salud Pública Mex. 1990; 32(2): 243-244.
- 4.- Ruiz DCM, Martínez NG, Calvo RJM, Aguirre GH, Arango RR, Lara CR, et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las Unidades Médicas del Sector Salud. Salud Pública Mex 1990; 32(2):156-169.
- 5.- Aguirre GH. Evaluación de la calidad de la atención médica: Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las Unidades Médicas. Salud Pública Mex 1990; 32(2): 170-180.
- 6.- Ruclas BE., Reyes ZH, ZGB. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública Mex 1990; 32(2): 207-220.
- 7.- Ruclas BE. La calidad en los hospitales. Certificación y Calidad.1999. Material de apoyo para clase calidad total, Maestría en Administración de Instituciones de Salud 2001. Universidad La Salle, México.
- 8.- Ruclas BE, Zurita GB. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Pública Mex 1993; 35(3): 80-84.
- 9.- Valdés SR, Molina LJ, Solís TC. Aprender de lo sucedido: Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública Mex 2001; 43(5): 444-454.
- 10.- Stoner JAF, Freeman ER, Gilbert DR. Administración. 6ta Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana; México 1996. p.229-249.
- 11.- Gobierno Federal de la República. Programa Nacional de Salud, Plan Nacional de Desarrollo [publicación online]. México 2001. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de septiembre de 2001. Disponible en URL: <http://www.ssa.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
- 12.- Moctezuma BG. Derechos y deberes de los pacientes. Rev CONAMED 2002; 7(2): 35-40.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 13.- Secretaría de Salud. Ley General de Salud [publicación online], México 2002. Disponible en: URL: http://www.salud.gob.mx/marco_juridico/ley_gral/index-indice.htm
- 14.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial SISTA. México 2002.
- 15.- Ramírez PDN, Casado PP, Ricote BM, Zarco RJV. La calidad vista desde atención primaria. SEMERGEN 2001; 27(5): 250-256.
- 16.- Moliner TMA., Moliner TJ. La calidad percibida del servicio de un centro de planificación familiar: Un enfoque de marketing. Aten Primaria 1996; 17(6): 400-407.
- 17.- Rosander AC. Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios. 2ª ed. Díaz de Santos: Madrid 1995.
- 18.- Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana; México 1984.
- 19.- Ruelas BE. Calidad, productividad y costos. Salud Pública Mex 1993; 35(3): 298-304.
- 20.- Miño FG. Gestión por procesos y calidad asistencial. JANO 2001; 61(1405): 10.
- 21.- Feinstein A.R. Is "quality of care" being mislabeled or mismeasured? American Journal of Medicine 2003, 112: 472-478.
- 22.- Díaz R. Satisfacción del paciente: Principal motor y centro de los servicios sanitarios. Calidad Asistencial 2002; 17(1): 22-29.
- 23.- Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998; 40(1): 3-12.
- 24.- Donabedian A. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Pública Mex 1993; 35(3): 94-97.
- 25.- Veheggen FWSM, Harteloh PPM. La calidad de servicio en la atención a la salud: Aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. Salud Pública Mex 1993; 35(3): 316-320.
- 26.- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad [publicación periódica online]. Salud Pública Mex 1993; 35 (3). Disponible en: URL: <http://www.insp.mx/salud/35/353-2s.html>.
- 27.- Gerson RF. Como medir la satisfacción del cliente, mantenga la lealtad para siempre. 1ª Ed. Grupo Editorial Iberoamerica; México 1998. P:3.

- 28.- Costa iFJ, Evaluación de la satisfacción de los servicios sanitarios. JANO 1999; 56(1285): 68-69.
- 29.- Cárdenas MG. Ponencia: La realización sistemática de una cultura organizacional como fundamento del proceso de mejora: La experiencia de Clínica Nova. Calidad de la Atención a la Salud 1994; 1(2)supl 1: 41-44.
- 30.- Retamal GA, Monge JV. Valoración de la calidad percibida de los usuarios de Zonas Básicas de Salud de Cuenca. Aten Primaria 1999; 24(9): 507-513.
- 31.- Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: Una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. Calidad Asistencial 2002; 17(1): 4-10.
- 32.- Bolívar I, Grupo de Estudio de la Utilización de Servicios Sanitarios de Mataró. Determinaciones poblacionales de la satisfacción con el médico de atención primaria. Gaceta Sanitaria 1999; 13(5): 371-383.
- 33.- Torio DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista Clínica (1): Opinión y preferencias de los usuarios. Aten Primaria 1997; 19(1): 18-26.
- 34.- Kravitz RL. Measuring patients expectation and request. Annals of Internal Medicine 2001; 134: 881-888.
- 35.- Jesé WF. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. Salud Pública Mex 1990; 32(2): 131-137.
- 36.- Claves para cuidar a los clientes [publicación periódica online]. Enero 2003; Disponible en:
URL: http://canales.t1msn.com.mx/empleos/sermejor/leer_articulo.cfm?article_id=64669.
- 37.- II simposio Internacional CONAMED, Por la calidad de los servicios de salud y la mejoría de la relación médico paciente[editorial]. Rev CONAMED 1997; 2(5): 24-43.
- 38.- García R S. La relación médico-paciente: Consenso y conflicto. Rev. CONAMED 2002; 7(2):18-23.
- 39.- Ruelas B E. Influencia de las ISES en la relación médico-paciente. Rev CONAMED 2002; 7(2):18-23.
- 40.- Ferrer E. Relación médico-paciente: La cuestión de la información. JANO 2000; 58(1340): 25-26.
- 41.- Thomas M. Servicio, servicio, servicio, la clave para ganar clientes eternos. 1ª ed. Panorama Editorial; México 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 42.- Cornejo MA. Los siete pecados del servicio [publicación periódica online]. Enero 2003; Disponible en:
URL: http://canales.tlmsn.com.mx/empleos/tips/leer_articulo.cfm?article_id=63842.
- 43.- Center for Communication Programs. El movimiento de la calidad en el campo de la salud [publicación periódica online]. The Johns Hopkins University School of Public Health. Maryland (USA) 1998; XXVI(3). Serie J, Num.47 .
Disponible en: URL: <http://www.jhuccp.org/pr/prs/sj47/j47chap2.shtml>.
- 44.- Bronfman M, Castro R, Zúñiga E. Hacemos lo que podemos: Los prestadores de servicio frente al problema de la utilización. Salud Pública Mex 1997; 39(6): 546-553.
- 45.- Departamento de Salud Gobierno de Navarra. Aspectos no sanitarios en el entorno hospitalario [publicación periódica online]. Espejo Sanitario Num.3 Marzo de 2001. España.
Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/publicaciones/espejo/no3200/.htm>
- 46.- Barr D, Vergun P, Barley SR. Problems in using patient satisfaction data to assess the quality of care of primary care physicians. Journal of Clinical Outcomes Management 2000; 7: 19-24.
- 47.- Schmittiel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practice. Journal of General Internal Medicine 2000; 15 : 761-769.
- 48.- Rodríguez FI. Métodos comúnmente utilizados para medir la satisfacción de los clientes. Material para clase Calidad Total, Maestría en Administración de Instituciones de Salud 2001. Universidad La Salle, México.
- 49.- Delegación Regional Zona Sur, Subdelegación Médica. Nuevo modelo integral de salud familiar preventivo, políticas de instrumentación en 1º y 2º niveles de atención. ISSSTE programa 2002.
- 50.- Irigoyen CA. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ta Ed. Medicina Familiar Mexicana. México 1998; p:175-181.
- 51.- VII Congreso Nacional de Medicina Familiar especialidad fundamental para la consolidación de todo el Sistema Nacional de Salud [editorial]. Gaceta de la Facultad de Medicina. UNAM, Marzo 10, 1994. P: 3-6.
- 52.- Programa de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del ISSSTE [editorial]. Boletín de Medicina Familiar, Órgano informativo del Depto de Medicina Familiar, Enero-Febrero 1994;1(3):6.
- 53.- Mas médicos en este programa que residentes en las otras 47 especialidades. Gaceta de la Facultad de Medicina UNAM 1994; Enero 25; p:2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

54.- Landgrave IS, Trabanino MMR, Lizcano EFJ, Yáñez PEJ, Urbina MR, Ponce RER. La formación médica continuada en México. *Aten Primaria* 2002; 29(3): 178-188.

55.- Plan Único de Especialidades Médicas, 2da ed. Medicina Familiar. Subdivisión de Especializaciones Médicas, División de Estudios de Postgrado e Investigación, Facultad de Medicina UNAM 1998. .

56.- Subdirección de Afiliación y Vigencia. Pirámide poblacional derechohabiente por clínica de medicina familiar. Clínica Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE Diciembre 2002.

57.- Ramos GMJ. Fiabilidad y validez de un cuestionario de satisfacción del paciente en Guadalajara. *Semergen* 2000; 26(11): 525-529.

58.- Martín ZA, Ledesma CA, Sans MA. El modelo de atención primaria de salud: balances y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25(1): 48-58.

59.- Shaw JG. El cliente quiere calidad, otra forma-la mejor- de ver los negocios. 1ª ed. Prentice may Hispanoamericana. México 1999.

60.- González PJC, Juandó PL, Quesada SM, Solanas SP. Satisfacción de los usuarios en atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 22(8): 514-520.

61.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre de 2000.

62.- Gómez CFJ, Ponce RER, Terán TM, Irigoyen CA, Mosqueda PG. Modelo Sistemático de Atención Familiar: Proyecto de intervención operativa para mejorar la calidad de los servicios de medicina familiar en dos clínicas del ISSSTE. Informe etapa diagnóstica Clínica Dr. Ignacio Chávez: México D.F. Octubre del 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Consentimiento de Participación Voluntaria

Consentimiento para participación en la encuesta "Evaluación de la satisfacción de la atención médica". El presente cuestionario tiene como propósito medir la satisfacción del usuario en cuanto a la atención médica otorgada en la Clínica Dr. Ignacio Chávez. Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria. Si usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando su pensamiento y decisión. Del mismo modo, si usted se siente en algún momento herido, lastimado o agredido en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario consta de 17 preguntas y se contesta aproximadamente en 5 minutos, no existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestar el cuestionario? Si _____ No _____

Evaluación de la Satisfacción de la Atención Médica

#Consultorio.	Matutino	Vespertino	Día	Mes	Año
Médico Familiar (3 años)	Médico Familiar (2 años)	Médico General	Médico Especialista NO Familiar		

Con motivo de evaluar la calidad de la atención médica, le pedimos el favor de responder el siguiente cuestionario.

Edad: _____ años. Sexo: M F Último grado de estudios: _____

Edo. Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre

Ocupación: _____

1. ¿ Es su primera consulta con este médico? SI NO

1.1 (Si la respuesta a la pregunta 1 es NO.) Favor de indicar el número de veces que ha venido a consulta con éste médico:

2-4 veces 5-10 veces Más de 10 veces.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 1 (página 2 de 3)

2. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para recibir su consulta? _____ minutos.

3. Conocimiento médico.

a. ¿Sabe el nombre o apellido del médico que lo atendió? SI NO

b. ¿ Me podría decir el nombre de su médico? _____

c. ¿Sólo lo conoce? SI NO

4. ¿En que grado fue amable con usted el médico(afectuoso, interesado por usted)?

Muy Amable Amable Poco Amable Nada Amable

5. ¿Le saludó con cortesía el médico(respetuoso, educado)? SI NO

6. El médico le recibió:

Grosero Enojado Indiferente Respetuoso Sonriente .

7. ¿En que grado mostró interés por su padecimiento el médico?

Muy interesado Interesado Poco interesado Nada interesado

8. ¿Lo envió a otro servicio dentro de la clínica o fuera de ella? SI NO

8.1 Si la Respuesta a la pregunta #8 es SI favor se especificar a cual servicio:

8.2 ¿Le quedaron dudas con la orientación que le dio el médico al enviarlo a dicho servicio? SI NO

9. ¿El médico que le atendió le dijo su diagnóstico o lo que usted tiene? SI NO

9.1 ¿Cuál fue el diagnóstico? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 1 (página 3 de 3)

10. En relación a la enfermedad o los síntomas por los que usted acudió a consulta con su médico le voy a hacer algunas preguntas:

10.1 ¿El médico le hizo una exploración física (le revisó su cuerpo) por el problema por el cual usted consultó? SI NO

10.2 ¿Su médico le habló e informó sobre su padecimiento? SI NO

10.2.1 ¿Le quedó alguna duda? SI NO

10.3 ¿Su médico le habló e informó sobre cómo prevenir su padecimiento? SI NO

10.3.1 ¿Le quedó alguna duda? SI NO

10.4 ¿Su médico le informó sobre su tratamiento y la forma de tomar sus medicamentos? SI NO

10.4.1 ¿Le quedó alguna duda? SI NO

11. ¿El médico que le atendió se expresó con claridad (le entendió usted)? SI NO

12. ¿El médico resolvió todas sus dudas? SI NO

13. ¿Cree usted necesario la opinión de otro médico en relación a su padecimiento? SI NO

14. ¿Cuanto tiempo aproximadamente duró su consulta? _____

15. ¿Cree usted que fue suficiente tiempo? SI NO

16. Usted es _____ yo se que le atendió un(a) _____ ¿prefiere usted o se siente con mayor confianza que le atienda un Médico.... Hombre Mujer No le Importa?

17. ¿En que grado quedó satisfecho con su consulta?

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho

18. ¿Tiene alguna sugerencia que nos permita mejorar el servicio?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN