



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

PRESENTA:
PALOMA SEOMARA RAMÍREZ PIÑA
MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO
MATRÍCULA IMSS: 98170484
CURP: RAPP831002MMNMXL02

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TÍTULO

**“SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL Y SU
RELACIÓN CON LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS
PACIENTES”**

TUTORA
DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA

CO-TUTOR
CARLOS GÓMEZ ALONSO
FÍSICO-MATEMÁTICO
COORDINADOR ANALISTA A
CIBIMI-IMSS

NÚMERO DE REGISTRO CLIEIS: R-2011-1602-17
MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO DEL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1602
H. GERAL REGIONAL NÚM. 1, MICHOACÁN

FOC IA 22/12/2011

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R 2011-1602-17

A T E N D I M I E N T O

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS
Presidente de Comité Local de Investigación en Salud núm. 1602

IMSS

SELECCIONADO EN SEPTIEMBRE DE 2011



**“SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL Y SU
RELACIÓN CON LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS
PACIENTES”**

TESIS QUE PRESENTA EL ALUMNO:

PALOMA SEOMARA RAMÍREZ PIÑA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. LUIS ESTRADA SALZAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. RUBÉN RICARDO GARCÍA JIMÉNEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

DRA. AÍDA MENDIETA FERNÁNDEZ

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD UMF 80

DRA. PAULA CHACÓN VALLADARES

PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 80



**“SATISFACCIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO DE PRIMER NIVEL Y SU
RELACIÓN CON LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS
PACIENTES”**

TESIS QUE PRESENTA EL ALUMNO:

PALOMA SEOMARA RAMÍREZ PIÑA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN FACULTAD

DE MEDICINA DE LA UNAM

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PRÓLOGO

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Morelia, Michoacán México

Tutora

Dra. Oliva Mejía Rodríguez

Médico Especialista en Medicina Familiar

M.C. En Farmacología Clínica

Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud

Profesora de Asignatura “A” Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Universidad Nacional Autónoma de México

Co-tutor

Carlos Gómez Alonso

Físico-Matemático

Coordinador Analista A

CIBIMI-IMSS

Este trabajo se presentó en:

Las XIII Jornadas de Medicina Familiar del 29 y 30 de Noviembre de 2012, en la Unidad de Medicina Familiar No. 80.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios la vida, la salud y la fortaleza que me brindó para poder culminar satisfactoriamente el reto que fue para mí esta residencia.

Agradecer a mi esposo, Rodolfo Yezam Rodríguez Zavala, mi compañero incondicional de vida, que me brindó todo su apoyo, confianza y paciencia durante estos 3 años de arduo trabajo.

A mis padres Edmundo Ramírez Rodríguez y María Guadalupe Piña Maldonado que me enseñaron a ser constante en los proyectos que me proponga, que con su ejemplo me instruyeron para ser una mejor persona cada día y que me han enseñado el valor del trabajo y la dedicación. Gracias por su amor y cuidado.

A mis hermanos, Edmundo y Rodrigo porque han sido un pilar de fortaleza, alegría y amor en mi vida.

A mis profesores de la residencia por su valiosa participación en mi formación profesional. A mis compañeros y amigos de la residencia, porque se convirtieron en mi segunda familia y de ustedes aprendí el valor del compañerismo, el respeto y la solidaridad, gracias a cada uno de ustedes: Jahir, Sharis, Yesi, Mary, Leslie, Hugo, Sidharta, Alex, Viry, Sandy, Brisa, Mario, Lidia y Mire.

A mis asesores de tesis por dedicarme tiempo extra de sus ocupadas agendas para leer y corregir este trabajo. Gracias por sus enseñanzas Dra. Oli y Carlos.

A Marisa Navarrete por ayudarme con las referencias bibliográficas y documentación de esta tesis, así como su paciencia y amistad.

Por último y no menos importante, a los pacientes y médicos que participaron en mis encuestas, ya que sin ellos no hubiese sido posible esta tesis.

*Le dedico esta tesis a:
Yezam, Edmundo y María Guadalupe.*

Con todo mi corazón.

ÍNDICE

Contenido

I.	Resumen.....	2
II.	Abreviaturas.....	4
III.	Glosario.....	5
IV.	Índice de tablas y figuras.....	6
V.	Introducción.....	7
VI.	Antecedentes.....	8
VII.	Planteamiento del problema.....	22
VIII.	Justificación.....	24
IX.	Hipótesis y objetivos.....	25
X.	Material y Métodos.....	26
XI.	Resultados.....	35
XII.	Discusión.....	51
XIII.	Conclusiones.....	56
XIV.	Recomendaciones.....	57
XV.	Referencias.....	58
XVI.	Relación de anexos.....	64

I. RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre satisfacción laboral del médico de primer nivel con la calidad de la atención percibida por los derechohabientes.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, analítico en 50 médicos y 399 pacientes de la UMF80, midiéndose la calidad en la atención percibida por el paciente mediante el cuestionario SERVQUAL y la satisfacción profesional de los médicos con el constructo CVP35. Se utilizaron medidas de tendencia central para variables sociodemográficas y chi cuadrada para comparación de variables categóricas, se utilizó regresión lineal múltiple para establecer la relación entre calidad en la atención y satisfacción profesional.

Resultados: La puntuación media del CVP fue de 8.09, motivación intrínseca 9.1, cargas de trabajo 7.41 y apoyo directivo 7.70. Se documentó una insatisfacción severa con la calidad en la atención del 81% de los pacientes. La dimensión que determina un valor predictivo más alto es cargas de trabajo, con un coeficiente predictor de 0.370 el cual no fue estadísticamente significativo; el coeficiente para la satisfacción profesional fue de 0.061 con un p valor de .809.

Conclusiones: No existe relación entre satisfacción profesional y calidad en la atención en la UMF80. El 70% de los médicos se encuentran bastante satisfechos con su profesión.

Palabras clave: satisfacción laboral, calidad en la atención, atención primaria.

ABSTRACT

Objective: To determine if there is an association between primary care doctor's professional satisfaction and quality of health care perceived by patients.

Material and methods: An observational study was performed in 50 physicians and 399 patients who work at UMF80 in Morelia; quality care perceived by patients was measured by SERVQUAL questionnaire and professional satisfaction of doctors was measured by CVP35 scale. Central tendency measures were used to describe variables such as sex, marital status, schooling, age, profession status of both groups, also it was used multiple lineal regression to establish the relationship between quality care and professional satisfaction.

Results: Average punctuations of CVP (1 to 10 scale) was 8.09, intrinsic motivation 9.1, workload 7.41 and management support 7.70. It was shown a severe dissatisfaction with quality care of attention in 81% of patients. We saw that the variable who determines a higher predictive value is the domain workload, with a coefficient of 0.370 although it wasn't significant (p value > 0.05), meanwhile professional's satisfaction coefficient was -0.061 with a p value of 0.809.

Conclusions: 70% of doctors are quite satisfied with their profession. There wasn't found relationship between professional satisfaction and quality care attention in UMF80 clinic at Morelia.

Keywords: job satisfaction, quality of health care, primary health care

II. ABREVIATURAS

CVP35: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional 35.

CVP: Calidad de vida profesional.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

E.E. Error estándar

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

PEMEX: Petróleos Mexicanos

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional.

SEMAR: Secretaría de Marina.

SERVQUAL: Cuestionario de Calidad en la Atención de los Servicios.

SICALIDAD: Sistema Integral de Calidad en Salud.

UMF 80: Unidad de Medicina Familiar número 80.

III. GLOSARIO

Aspectos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia el personal y materiales de comunicación.

Calidad en la atención: Resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio que recibió.

Confiabilidad. Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal y como fue ofertado.

Empatía: Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada.

Respuesta rápida: Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.

Satisfacción profesional: Sensación de bienestar derivado de la homeostasis entre las demandas de un trabajo desafiante y la capacidad percibida para afrontarlas.

Seguridad: Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas.

IV. ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Tablas	Pág.
Tabla I.- Valores medios para cada dimensión del CVP35 y sus ítems.	40
Tabla II.- Relaciones entre variables sociodemográficas, laboral y resultados de los dominios del CVP35.	43
Tabla III.- Valores medios para cada dimensión de SERVQUAL y sus ítems.	44
Tabla IV.-I Asociación entre calidad en la atención percibida y género del paciente.	46
Tabla V- Asociación entre calidad en la atención percibida y escolaridad del paciente.	46
Tabla VI.- Contraste (medias) de los 5 dominios evaluados por el constructo SERVQUAL con variables sociodemográficas y de la atención (t de Student y ANOVA)	49
Tabla VII.- Correlación entre las variables calidad en la atención y satisfacción profesional (global y por dominios).	50
Figuras	
Figura 1.- Características sociodemográficas de los derechohabientes.	35
Figura 2.- Características sociodemográficas de los médicos encuestados.	36
Figura 3.- Grado de Satisfacción Profesional de los Médicos de Primer Nivel.	37
Figura 4.- Calidad en la atención percibida por los derechohabientes mediante la encuesta SERVQUAL.	38
Figura 5.- Cantidad de médicos evaluado con insatisfacción severa y su grado de satisfacción profesional por turno de atención.	39
Figura 6.- Asociación entre satisfacción profesional y género.	41

Figura 7.- Asociación entre satisfacción profesional y turno laboral.	42
Figura 8. Asociación entre calidad en la atención y turno laboral.	47

V. INTRODUCCIÓN

En general, la calidad es un concepto mal entendido en el ambiente sanitario. La calidad es más que una definición o un propósito. Actualmente, representa una disciplina con un cuerpo de conocimientos propios.

Los fundamentos de la calidad son el conjunto de principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a los profesionales, con el propósito de ofertar buenos servicios que obtengan la satisfacción del cliente al menor costo. La calidad es una forma de pensamiento donde la excelencia rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización.

La calidad en la atención médica, está estrechamente relacionada con la satisfacción laboral del prestador de servicio. La satisfacción del usuario constituye una de las variables más importantes en la evaluación de la calidad de cualquier institución pública de salud.

El presente estudio pretendió identificar el grado de satisfacción laboral del médico familiar y los factores modificables en su ambiente laboral, con la finalidad de contribuir a la mejora continua de su entorno, favoreciendo de esta manera el apoyo por parte de las autoridades en la implementación de estrategias para la reducción de cargas de trabajo y el desarrollo de tácticas educativas u organizacionales para mejorar la motivación y compromiso del

médico con la calidad en la atención.

Todo lo anterior con la intención de brindar un servicio médico con calidad y calidez para la población, tal como lo marcan los estándares internacionales.

VI. ANTECEDENTES

Las organizaciones se componen por individuos que tienen objetivos en común y realizan funciones específicas, dependiendo del resultado obtenido, pueden generar servicios o productos ⁽¹⁾. Las organizaciones que producen servicios tienen como objetivo fundamental la preservación o modificación de atributos de las personas, que se encargan de proteger, mantener o modificar positivamente al individuo, como ejemplo tenemos los servicios de atención sanitaria. El objetivo de los sistemas de salud es mejorar, fomentar o restaurar la salud de la población; la Organización Mundial de la Salud propuso que además de cumplir con estos objetivos, las instituciones de salud deben brindar un trato adecuado y justicia financiera ⁽²⁾.

Las personas son el componente más importante de las organizaciones, más aun hablando de los servicios de salud. Se considera que la calidad de los servicios sanitarios prestados a la población, se relaciona estrechamente con el grado de satisfacción de sus profesionales, por tal motivo, al evaluar la calidad global de una organización se incluye la satisfacción en el trabajo de los individuos que la componen ⁽³⁾.

Desde el punto de vista de los empleados, el trabajo constituye un aspecto muy importante, ya que de él se obtienen compensaciones económicas, sociales y psicológicas trascendentales para su bienestar y desarrollo y en función de que estas compensaciones se satisfagan, el

trabajador percibirá la calidad de vida de su entorno laboral ⁽⁴⁾.

Se puede definir a la satisfacción profesional como el grado de bienestar que experimenta el individuo con motivo de su trabajo. Existen estudios múltiples que determina que la satisfacción laboral se relaciona con la tensión, compromiso con la organización, reconocimiento, monotonía, autonomía, comunicación con superiores, comunicación con pares e imparcialidad. Sobre la conducta generada por los individuos como consecuencia de la satisfacción en el trabajo, de las relaciones que en él se llevan a cabo y del nivel motivacional hacia el mismo, existen dos teorías importantes: La de los factores de Herzberg establece que la persona trabajadora posee dos grupos de necesidades, unas referidas al medio ambiente físico y psicológico del trabajo, llamadas necesidad higiénicas y otras referidas al contenido del mismo, nombradas necesidades de motivación, nos dice que si se satisfacen las higiénicas, el trabajador no se siente insatisfecho, pero tampoco satisfecho (estado neutro) y que el individuo sólo está satisfecho en su puesto de trabajo cuando se cubren las necesidades de motivación. Por otro lado se encuentra el modelo de las determinantes de la satisfacción del trabajo propuesta por Lawler en 1973, el cual remarca la relación “expectativas-recompensas”, partiendo de la hipótesis de que la relación entre la expectativa y la realidad de la recompensa produce la satisfacción o la insatisfacción laboral, es decir que éstas dependen de la comparación entre la recompensa recibida efectivamente por el rendimiento en el trabajo y la que el individuo consideraba adecuada a cambio de éste ^(5,6).

Para González Baltazar, la calidad de vida profesional “es un concepto multidimensional que se integra cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales: soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de

su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre”. Es decir, se refiere al sentimiento de bienestar que emana del equilibrio que el individuo aprecia entre las cargas de su profesión y los recursos, ya sea psicológicos, organizacionales y relacionales de los que dispone para afrontarlas; de este modo para alcanzar esta calidad de vida profesional, la persona tiene que desarrollar equitativamente los ámbitos personal, profesional y familiar ⁽⁷⁾.

Una buena calidad de vida profesional se alcanza cuando la persona experimenta un bienestar derivado de la homeostasis entre las demandas de un trabajo desafiante y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que durante su vida se consiga un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y de sí mismo tal como lo propone el enfoque integrador de la psicología social ⁽⁸⁾.

Algunas condiciones que se pueden evaluar objetivamente para determinar la calidad de la vida laboral son: el medio ambiente físico en el que se desenvuelve el trabajador, del que se desprenden riesgos profesionales (físicos, químicos, biológicos, relacionados con la fatiga física), el medio ambiente tecnológico (instrumentos adecuados para la apropiada realización del trabajo), medioambiente contractual (salario relacionado con el rendimiento), medio ambiente productivo (turnos, diseño de horarios, sobre carga de trabajo, tareas), medio ambiente profesional (oportunidades de promoción y ascenso, capacitaciones). Así mismo, existen condiciones subjetivas que pudieran evaluarse como lo son: la esfera privada y el mundo laboral (problemas familiares), las referentes a los individuos y actividad profesional (satisfacción con el propio trabajo y relación con los pacientes; las del individuo y grupo laboral(relaciones de compañerismo y amistad, cohesión y apoyo mutuo, comunicación, liderazgo); las que hablan del individuo con su grupo laboral o institución (apoyo y colaboración entre unidades) y las de la institución y funciones directivas (percepción de estar dirigido y canales de

participación en decisiones) ⁽⁹⁾.

En la actualidad, las actividades asistenciales en salud han cambiado respecto al pasado generando mayor estrés laboral, viéndose en este proceso transformaciones sociolaborales relevantes, tal es el caso de una mayor sobrecarga en la atención a pacientes, mayores exigencias macroeconómicas y un empeoramiento de las condiciones laborales, provocando incrementos en los turnos de trabajo, escasa promoción, cambios de profesión, desempleo eventual y prejubilaciones sin causas relacionadas con la enfermedad que consecuentemente influyen en una disminución de la satisfacción laboral, aunado a enfermedades originadas de la profesión como es el síndrome de desgaste, también conocido como Burnout, existiendo estudios que lo demuestran como el de Mingote y colaboradores que realizaron una revisión de la literatura mostrando que el desgaste profesional tienen consecuencias graves que afectan la salud física, mental, calidad de vida y eficacia de los profesionales^(10,11).

Entre los instrumentos utilizados en diversas investigaciones para medir la satisfacción profesional en atención primaria a nivel internacional, destacan 2: el cuestionario de Font-Roja ^(12,13,14), y el cuestionario Calidad de Vida Profesional, CVP-35 ^(15, 16, 17, 18) o por sus siglas en inglés en el idioma original QVP-35, ambos validados y utilizados ampliamente en población extranjera.

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional, consta de 35 preguntas, que responden una escala tipo likert de 1 a 10 a la que se superponen las categorías “nada satisfecho” (valores 1 y 2), “algo satisfecho” (valores 3, 4 y 5), “bastante satisfecho” (valores 6, 7 y 8) y “muy satisfecho” (valores 9 y 10). Las preguntas se agrupan en 3 dimensiones: apoyo directivo (preguntas 2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 16, 22, 23, 28, 30 y 35), cargas de trabajo (preguntas 1, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 21,

24 y 33) y motivación intrínseca (preguntas 9, 12, 13, 26, 27, 29, 31 y 32). Existen 2 preguntas que no se engloban en alguna de estas categorías, una es una medida resumen de la percepción de calidad de vida profesional y otra hace referencia a la capacidad de abstraerse del trabajo una vez finalizado. Las subescalas de cada dimensión presentan una consistencia interna aceptable con un alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.86 y las puntuaciones de cada una pueden hallarse promediando los ítems incluidos en cada subescala, ya que presentan una elevada correlación entre los promedios obtenidos y las puntuaciones factoriales ⁽¹⁸⁾.

La calidad en la atención se define como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario, Avedis Donabedian, la define como el grado en que los medios más deseables, se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, con los menores riesgos para el paciente, a un costo razonable. La calidad en los servicios es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio que recibió ⁽¹⁹⁾.

Para el Dr. Donabedian la definición de la calidad en la atención involucra tres aspectos distintos:

1) el objeto de interés, pudiendo ser el desempeño de un profesional de salud o el acceso a éste y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos;

2) los atributos del mismo, como lo es la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología para obtener un máximo beneficio con un riesgo mínimo y el manejo de la relación personal con el paciente, de acuerdo a los principios éticos, convenciones sociales y expectativas y necesidades del paciente; y

3) los criterios o normas que lo coloquen en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor.

Por tanto la evaluación de la calidad no es una investigación clínica destinada a establecer la relación entre el proceso y el resultado; sino que es un juicio sobre el proceso de atención que se apoya en lo que ya se sabe de esa relación, tomando en cuenta los límites actuales de la ciencia médica ^(20,21).

Existen siete puntos muy importantes sobre los cuales se reconoce y juzga la calidad, a saber: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

- ✓ *Eficacia* se refiere a la capacidad de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y bienestar.
- ✓ *Efectividad*: es la mejora de salud alcanzada o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana.
- ✓ *Eficiencia*: es el coste que representa cualquier mejora en la salud.
- ✓ *Optimización*: es el balance entre costes y beneficios en salud.
- ✓ *Aceptabilidad*: la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Involucra aspectos como la accesibilidad para obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, una buena relación médico-paciente y el confort de la atención.
- ✓ *Legitimidad*: se refiere a la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general.

- ✓ *Equidad*: principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población ⁽²²⁾.

Al evaluar la calidad de la atención médica, es posible realizarlo a través de diferentes métodos. Uno de ellos es el uso de los resultados como criterio, por ejemplo los valores de recuperación, restauración y supervivencia, los cuales son bastante concretos, se puede realizar una medición precisa, sin embargo reflejan no sólo el poder de la ciencia médica de alcanzar determinados efectos en ciertas condiciones dadas sino también el grado en que se ha aplicado la medicina científica, sus limitaciones se refieren a que en el resultado pueden influir muchos otros factores. Otro método, es examinar el proceso mismo de prestación de servicio para determinar si se ha aplicado una buena atención médica, evalúa el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de la información obtenida mediante las historias clínicas, el examen físico y las pruebas diagnósticas, la justificación del diagnóstico y el tratamiento, por tanto evalúa la competencia técnica, la coordinación y continuidad de la atención y el grado en que la atención resulta aceptable, sin embargo las estimaciones son menos estables y definitivas. Por último, se pueden evaluar las situaciones en que tiene lugar y los medios y procedimientos del producto, basándose en la adecuación de las instalaciones, los equipos, idoneidad del personal médico, la estructura administrativa y el funcionamiento de los programas, pero este método presenta el inconveniente de que la relación entre la estructura y el proceso o entre la estructura y el resultado no está bien establecida ^(23,24).

Refiriéndonos al cuidado de la salud, el concepto de calidad incluye aspectos más complejos que la calidad técnica de los procedimientos

diagnósticos y terapéuticos. Se ha descrito que el usuario de los servicios de salud, tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad, siendo el primer nivel el de las necesidades o expectativas básicas en el cual los pacientes esperan que la asistencia sea fiable, competente, cortés, educada, honesta, creíble, segura y con resultados adecuados a los tratamientos; el segundo nivel se refiere al interés y disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, individualizado, con adecuada comunicación y con una implicación en los aspectos humanos del cuidado; y por último el tercer nivel hace alusión a la buena apariencia física de las instalaciones y del personal así como una relación costo-beneficio favorable ⁽²⁵⁾.

La calidad del servicio está en función de tres componentes: la calidad técnica, la funcional y la imagen corporativa, de acuerdo al modelo de Grönroos, “de las discrepancias”, siendo éstos el “qué”, el “cómo” y el resultado de cómo el consumidor percibe a la institución a través del servicio prestado. De este modo, los niveles de calidad aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida por el consumidor satisface sus expectativas ⁽²⁶⁾.

Atendiendo a esta teoría, Parasunaman y colaboradores desarrollaron la escala SERVQUAL, según la cual la calidad del servicio tiene cinco dimensiones genéricas y es el resultado de la diferencia entre las expectativas de los clientes y sus percepciones sobre el servicio recibido. El instrumento contiene 22 preguntas sobre expectativas e igual número de ítems sobre las percepciones del servicio, en consecuencia, para lograr un alto nivel de calidad se requiere igualar o sobrepasar las expectativas del cliente frente al servicio. Los pares de preguntas sobre expectativas y percepciones de la calidad del servicio miden cinco atributos y se refieren a:

- Aspectos tangibles: apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia el personal y materiales de comunicación

(preguntas 1 a 4).

- Confiabilidad. Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal y como fue ofertado (preguntas 5-10).
- Respuesta rápida: disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno (preguntas 11-12).
- Seguridad: cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas (preguntas 13-17).
- Empatía: disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada (preguntas 18-22).

El grado de satisfacción de los usuarios se determina calculando la diferencia entre las respuestas brindadas para las expectativas y las percepciones y se interpreta según los siguientes parámetros: menor que 0 = satisfacción amplia, 0 = satisfacción; mayor que 0 y menor o igual a 2 = insatisfacción leve/moderada; y mayor que 2 = insatisfacción severa ⁽²⁷⁾.

Hoy en día, existen un creciente interés por evaluar la calidad en la atención y para mejorarla se han desarrollado acciones como: la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad, aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios entre otros ⁽²⁸⁾.

En nuestro país, la evaluación de la calidad en la atención data de 1956 cuando en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en específico el Hospital de la Raza, incorporó la revisión de los expedientes clínicos como estrategia de estimación de la calidad, implantándose un Comité de Evaluación del

Expediente Clínico. Posteriormente surgieron los Comités de Mortalidad, de Tejidos, de Investigación, de Infecciones Intrahospitalarias y de Antimicrobianos y de ética Clínica, naciendo la necesidad de una estructura que los coordinara, es así como se crea el Comité de Calidad de la Atención Médica. Para 1983, en la Jefatura de Centros Médicos del IMSS se desarrolló el sistema de Evaluación Integral de las Unidades Médicas, que incluyó siete capítulos de evaluación: recursos físicos, personal, material de consumo, organización, proceso de la atención, resultados y satisfacción del usuario y prestadores de servicios. En 1997, la European Foundation for Quality Management inició con el Sistema de Auto Evaluación Organizacional Integral para conocer el grado de excelencia de las organizaciones y fue adoptado para la evaluación a asignación del Premio Europeo de Calidad, este sistema guarda muchas similitudes con el del Evaluación Integral de las Unidades Médicas que ya prevalecía desde 14 años antes en México. En octubre de 2007, se llevó a cabo la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana organizada por la Organización Panamericana de la Salud, donde se hizo hincapié en la importancia de que los países contaran con políticas y estrategias regionales para garantizar la calidad en la atención sanitaria. Proponiendo cinco líneas de acción para mejorar la calidad de la atención en salud, siendo éstas: “Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial; promover la participación ciudadana en temas de calidad; generar información y evidencia en materia de calidad; desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad; y desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente”⁽²⁹⁾.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 propone en materia de salud, “el acceso a servicios médicos de calidad a través de una integración funcional programática de las instituciones públicas bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y para cumplir este compromiso, se diseñó el Programa Nacional de

Salud 2007-2012, estructurado en torno a 5 grandes objetivos de política social: mejorar las condiciones de salud de la población, brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones en comunidades marginadas y grupos vulnerables, evitar empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México”⁽³⁰⁾.

Es así que se establece el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como instrumento operativo, para lograr las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 con la finalidad de elevar la calidad de los servicios de salud con un enfoque en la mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente, la calidad percibida y la calidad en la gestión de los servicios de salud ⁽³¹⁾.

El objetivo general de SICALIDAD es “implantar un sistema integral de calidad en salud que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, de donde se desprenden algunos objetivos específicos, como lo son: a) La calidad técnica y seguridad del paciente mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería; b) Calidad percibida por los usuarios, considerando las expectativas y la voz de los ciudadanos desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad con la que perciben los ciudadanos los servicios de salud; y c) Calidad en la gestión de los servicios de salud, conduciendo bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso con la calidad” ⁽³¹⁾.

De tal forma que, la población objetivo de SICALIDAD son las unidades de atención primaria y los hospitales que desarrollen proyectos para la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida de la Secretaría de salud, los Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y otras instituciones del Sistema Nacional de Salud; definiéndose 4 proyectos generales de SICALIDAD:

1. Calidad percibida: Construir ciudadanía en salud (Aval ciudadano) y Percepción de los profesionales de la salud (Caminando con los trabajadores de la salud).
2. Calidad técnica y seguridad del paciente: Seguridad del paciente, Prevención y reducción de la infección nosocomial (PREREIN); Expediente Clínico Integrado y de Calidad (ECIC); Calidad en la Atención Materna; Cuidados Paliativos (PALIAR); Uso racional de medicamentos (URM); Servicios de Urgencias que mejoran la atención y resolución (SUMAR); Medicina Basa en la Evidencia (difusión de Guías de Práctica Clínica); Plan de Cuidados de enfermería (PLACE); Calidad en la atención odontológica (CAO); y el Programa de Atención Domiciliaria (PAD).
3. Calidad en la gestión de los servicios de salud. Institucionalización de la calidad: Acreditación y garantía de calidad; INDICAS (Sistema Nacional de Indicadores de Calidad); Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS); Comités Estatales de Calidad en Salud (CECAS); Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales; Creación y fortalecimiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente en hospitales y

atención primaria (COCASEP); Componentes de calidad en Convenios de Gestión del SPSS; Modelo de Gestión para la Calidad Total; Currícula de calidad en la formación de los profesionales, Vinculación a SICALIDAD del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.

4. Proyectos de apoyo y reconocimiento: Capacitación en Calidad, Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión; Premio Nacional de Calidad y Premio a la Innovación en Calidad en Salud; Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud; Reuniones nacionales de SICALIDAD; Red SICALIDAD (Boletín) y las Instrucciones SICALIDAD.

En cuanto al proyecto de calidad percibida del instrumento SICALIDAD, es importante mencionar el programa “Caminando con los trabajadores de la salud” cuya meta es la satisfacción de las necesidades del personal de salud, de tal manera que se genere un mejor ambiente laboral, ya que cuando el personal se siente satisfecho, se logra su participación y adhesión en las políticas y programas organizacionales. El proyecto se enfoca en medir los niveles de satisfacción de los profesionales de la salud y su nivel de compromiso con la calidad ⁽³¹⁾.

El principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios. En los indicadores de calidad interpersonal también hay variaciones importantes, de acuerdo con la ENSANut 2006, el tiempo promedio de espera en consulta externa en el IMSS es de 90 minutos, contra menos de 30 minutos en las unidades del sector privado. Los usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud son los que

mejor califican la calidad de los alimentos y la limpieza de las instalaciones. Finalmente, en el rubro de satisfacción, destaca el hecho de que el 81.2% de los usuarios entrevistados califican como buena o muy buena la calidad de la atención a la salud en México. Las instituciones que obtuvieron los porcentajes más altos fueron las clasificadas bajo el término de “otras instituciones de seguridad social” (PEMEX, SEDENA, SEMAR); 96.6% de los usuarios de estas instituciones calificaron como buena o muy buena la atención recibida⁽³²⁾.

En resumen, la mejora en la calidad de atención de los servicios de salud, requiere el análisis de la satisfacción no sólo del usuario, sino también de los prestadores de servicios, ya que existe evidencia científica en la que el médico se refiere poco valorado por su centro laboral y por el paciente, manifestando falta de identidad hacia su institución, atribuyéndolo a la sobredemanda de trabajo, escasez de recurso y la limitación del tiempo de atención.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario, muestra de ello son el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2007-2012 que marcan como prioridad mejorar la calidad en la atención. Según datos arrojados por la Encuesta Nacional de Salud Pública 2006, el 19% de los encuestados califican como regular o mala, la calidad en la atención en salud prestada en el país. En la Unidad de Medicina Familiar 80 de Morelia, Michoacán, de enero hasta el mes de diciembre del 2011 se registraron 58 quejas en el Módulo de Atención y Orientación al Derechohabiente, de las cuales el 96% fueron de forma verbal; los motivos más frecuentes de queja en la unidad fueron: trato inadecuado con un 50% del total, demora prolongada para obtener servicios 22%, negativa a su solicitud 8% y mala atención médica con un 5%; el personal mayormente involucrado fue el de farmacia y abasto con 27%, asistente médica 22%, enfermería 12%, prestaciones económicas 8% y médico familiar con un 7%.

Las instituciones de salud han planteado estrategias nacionales que pretenden el rescate de la calidad, lo que implicaría lograr un uso más racional de los recursos que se proporcionan y mejorar la competencia técnica de los proveedores con el fin de reducir riesgos de salud derivados de la actividad médica.

Para alcanzar estos estándares de calidad en la atención, se requiere de la participación del personal de salud de manera activa y comprometida, lo cual no puede ser efectuado si los prestadores de servicios se encuentran insatisfechos con su calidad de vida laboral.

Si bien en la literatura científica existe un amplio número de trabajos, que analizan la importancia del desempeño profesional y la calidad de atención, son menos abundantes los trabajos que involucran la calidad de vida y la satisfacción de los profesionales con el compromiso por la calidad de atención clínica. Por tanto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación que existe entre la satisfacción profesional del médico de primer nivel y la calidad de atención en salud percibida por el derechohabiente de la UMF80?

VIII. JUSTIFICACIÓN

Algunas publicaciones en países del primer mundo, refieren que el grado de calidad de los servicios de salud entregados a la población, está relacionado con la calidad de vida profesional y satisfacción de sus recursos humanos. Por tanto, es de trascendental importancia, analizar los factores implicados en la satisfacción profesional del médico de primer nivel de atención que se encarga de resolver el 93% de los problemas sanitarios de la población

El presente estudio pretende identificar, los factores modificables en el ambiente laboral del médico familiar, con la finalidad de contribuir a la mejora continua de su entorno y a favorecer el apoyo por parte de las autoridades en la implementación de estrategias para la reducción de cargas de trabajo y el desarrollo de tácticas educativas u organizacionales para mejorar la motivación y compromiso del médico con la calidad en la atención.

Así mismo, resultaría interesante conocer la percepción del derechohabiente de la calidad de los servicios otorgados en nuestra institución, con el fin de ejecutar acciones que permitan modificar prácticas nocivas para el buen desarrollo de la práctica médica.

IX. HIPÓTESIS

La calidad de atención percibida por los derechohabientes es directamente proporcional al grado de satisfacción laboral del médico tratante.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe asociación entre la satisfacción laboral del médico de primer nivel con la calidad de la atención percibida por los derechohabientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la calidad de vida laboral del médico de primer nivel de atención, estimada por el cuestionario CVP-35 y los factores sociodemográficos asociados a la misma.
- Determinar el grado de calidad de atención percibida por el derechohabiente con el constructo SERVQUAL y los factores sociodemográficos asociados a la misma.
- Establecer la relación existente entre las dimensiones apoyo directivo, cargas de trabajo, motivación intrínseca y calidad de vida laboral percibida, con la calidad de la atención en salud percibida por los pacientes.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del estudio

- **Tipo de diseño**
Observacional
- **Método de observación**
Transversal
- **Tipo de análisis**
Descriptivo y analítico
- **Temporalidad**
Transversal

Universo de estudio

Médicos adscritos a la UMF No. 80 de ambos turnos.

Población derechohabiente adscrita a la UMF 80.

Tamaño de la muestra

Se calculó para población finita, del total de pacientes que acudieron a consulta externa de medicina familiar en el mes de noviembre de 2011 que fue de 29,120 pacientes y el total de médicos activos durante ese mes del estudio en la UMF que es de 50 :

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

Donde:

n : el tamaño de la muestra a obtener.

N: población finita o número de casos.

E: error de estimación que está en condiciones de aceptar.

Alfa = 0.05

Beta = 0.10

$$n = \frac{29,120}{1 + (29,120) (0.05)^2} = 399$$

Siendo la muestra de 399 pacientes y 50 médicos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Médicos:

- Médicos adscritos a la UMF 80.
- Antigüedad mínima de 6 meses.
- Sexo indistinto.
- Aceptación voluntaria de participar en el estudio, luego de haber sido informados verbalmente y por escrito de las características y objetivos de éste, previa firma de consentimiento informado.

Derechohabientes:

- Usuarios adscritos a la UMF 80.
- Sexo indistinto.

- Edad comprendida entre 18 y 70 años.
- Capaces de comunicarse en español.
- Aceptación voluntaria de participar en el estudio, luego de haber sido informados verbalmente y por escrito de las características y objetivos de éste, previa firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal médico en periodo vacacional o de permiso.
- Personal médico que labora en los consultorios de atención médica continua.
- Usuarios con alteraciones de la conciencia.

Criterios de eliminación

- Que decidieron retirarse.
- No completaron encuestas.

Operacionalización de variables

Variable dependiente

Calidad en la atención percibida por el derechohabiente

Variable independiente

Satisfacción laboral del médico.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Satisfacción laboral (CVP)	Sensación de bienestar derivado de la homeostasis entre las demandas de un trabajo desafiante y la capacidad percibida para afrontarlas	Ordinal	Nada satisfecho Algo satisfecho Bastante satisfecho Muy satisfecho

Satisfacción profesional del médico y su relación con la calidad en la atención.

Calidad en la atención	Resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio que recibió	Ordinal	Amplia satisfacción. Satisfacción. Insatisfacción leve o moderada Insatisfacción severa
Género	Conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo biológico	Nominal	Masculino Femenino
Escolaridad	Tiempo de instrucción de un estudiante en un centro docente	Ordinal	Primaria o menos Secundaria Superior, técnica o universitaria
Turno de trabajo	Periodo de tiempo en el que se prestan los servicios	Nominal	Matutino Vespertino
Situación laboral	Tipo de contrato con la institución.	Nominal	Base Suplente
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Nominal	Soltero Convivencia estable Casado Divorciado/separado Viudo
Aspectos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia el personal y materiales de comunicación.	Categórica	<0 = Satisfacción amplia 0 = Satisfacción >0<2 = Insatisfacción leve/moderada >2 = insatisfacción severa

Confiabilidad	Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal y como fue ofertado.	Categórica	<0 = Satisfacción amplia 0 = Satisfacción >0<2 = Insatisfacción leve/moderada >2 = insatisfacción severa
Empatía	Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada.	Categórica	<0 = Satisfacción amplia 0 = Satisfacción >0<2 = Insatisfacción leve/moderada >2 = insatisfacción severa
Respuesta rápida	Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.	Categórica	<0 = Satisfacción amplia 0 = Satisfacción >0<2 = Insatisfacción leve/moderada >2 = insatisfacción severa
Seguridad	Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas.	Categórica	<0 = Satisfacción amplia 0 = Satisfacción >0<2 = Insatisfacción leve/moderada >2 = insatisfacción severa

Satisfacción profesional del médico y su relación con la calidad en la atención.

Apoyo directivo	Grado de apoyo recibido por parte del personal de área directiva y administrativa para el trabajador	Categórica	1-2 = Nada satisfecho 3-5 = Algo satisfecho 6-8 = Bastante satisfecho 9-10 = Muy satisfecho
Cargas de trabajo	Cantidad de trabajo y responsabilidades del profesional.	Categórica	1-2 = Nada satisfecho 3-5 = Algo satisfecho 6-8 = Bastante satisfecho 9-10 = Muy satisfecho
Motivación intrínseca	Estímulo inherente a la personalidad del individuo para realizar su actividad laboral	Categórica	1-2 = Nada satisfecho 3-5 = Algo satisfecho 6-8 = Bastante satisfecho 9-10 = Muy satisfecho

Descripción Operativa del Estudio

Metodología y procedimientos

En la Unidad de Medicina Familiar número 80 durante el mes de noviembre y diciembre de 2011, previa autorización del comité de ética en investigación en salud, se procedió a realizar encuestas de calidad de atención percibida por el paciente mediante el cuestionario SERVQUAL a los pacientes que acudieron a consulta, siendo entrevistados en la fila de la farmacia y salas de espera de la unidad previa información de los objetivos del estudio y con su autorización y firma de consentimiento informado.

Antes de realizar las encuestas se verificaron los criterios de inclusión y exclusión de los encuestados y se procedió a leerles y explicarles la encuesta, para posteriormente recabar la información escrita en las encuestas. Hasta lograr capturar 8 pacientes de cada consultorio, del turno matutino y vespertino, para alcanzar el número total de la muestra que fue de 399 pacientes.

Posteriormente el investigador, acudió a cada uno de los consultorios durante los dos turnos laborales para explicar a los médicos el objetivo del estudio e invitarlos a participar mediante la autoaplicación de la encuesta CVP 35, explicando previamente las instrucciones a los participantes y solicitando la lectura y firma del consentimiento informado, así como la verificación de los criterios de inclusión y exclusión.

Finalmente el investigador procedió a la recolección de los cuestionarios de los médicos y a verificar que todos hubieran sido llenados en su totalidad para el posterior análisis estadístico de la información.

Análisis estadístico

Estadística descriptiva

Los resultados de las variables sociodemográficas se describen utilizando media y error estándar, así como porcentajes, según la variable estudiada.

Estadística inferencial

Se establecieron hipótesis en función de la influencia de algunas variables sobre otras, utilizando una prueba de chi cuadrada para las variables categóricas. También se empleó la prueba t de Student para muestras independientes en las comparaciones de medias. Para determinar si existía una asociación directa entre la percepción de calidad en la atención y la satisfacción profesional del médico, se hizo un análisis de regresión lineal, siendo la calidad en la atención la variable dependiente. Se tomó como significancia estadística aquellos resultados obtenidos con un p valor < 0.05 .

Todos los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 18 para Windows.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación contó con la aprobación del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación No. 1602 y fue registrado con el número R-2011-1602-17.

El estudio estuvo sujeto a las consideraciones de la ley General de Salud, en México y por la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1989, así como los códigos y normas internacionales vigentes con las buenas prácticas de la investigación clínica.

El consentimiento informado contó con lo establecido por dichas normas como lo es el nombre del estudio, beneficios del mismo así como aseguró la confidencialidad de los datos generados por el estudio, contó con el nombre del investigador responsable y al ser requisitado se contó con la firma del paciente.

Debido a que este estudio únicamente aplicó dos cuestionarios en los grupos estudiados se consideró con riesgo inferior al mínimo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su artículo 17.

XI. RESULTADOS

Se realizaron 399 encuestas a pacientes de la UMF 80. Siendo del total de derechohabientes 291 del sexo femenino y 108 del sexo masculino como se observa en la figura 1 (panel A). La mayoría son casados con un total de 272 (panel B), ubicados en un grupo etario de los 20 a 59 años en su mayor proporción con un 88.72% (figura 1 panel C) y la escolaridad fue variable 112 pacientes con primaria, 114 con bachillerato (figura 1 panel D).

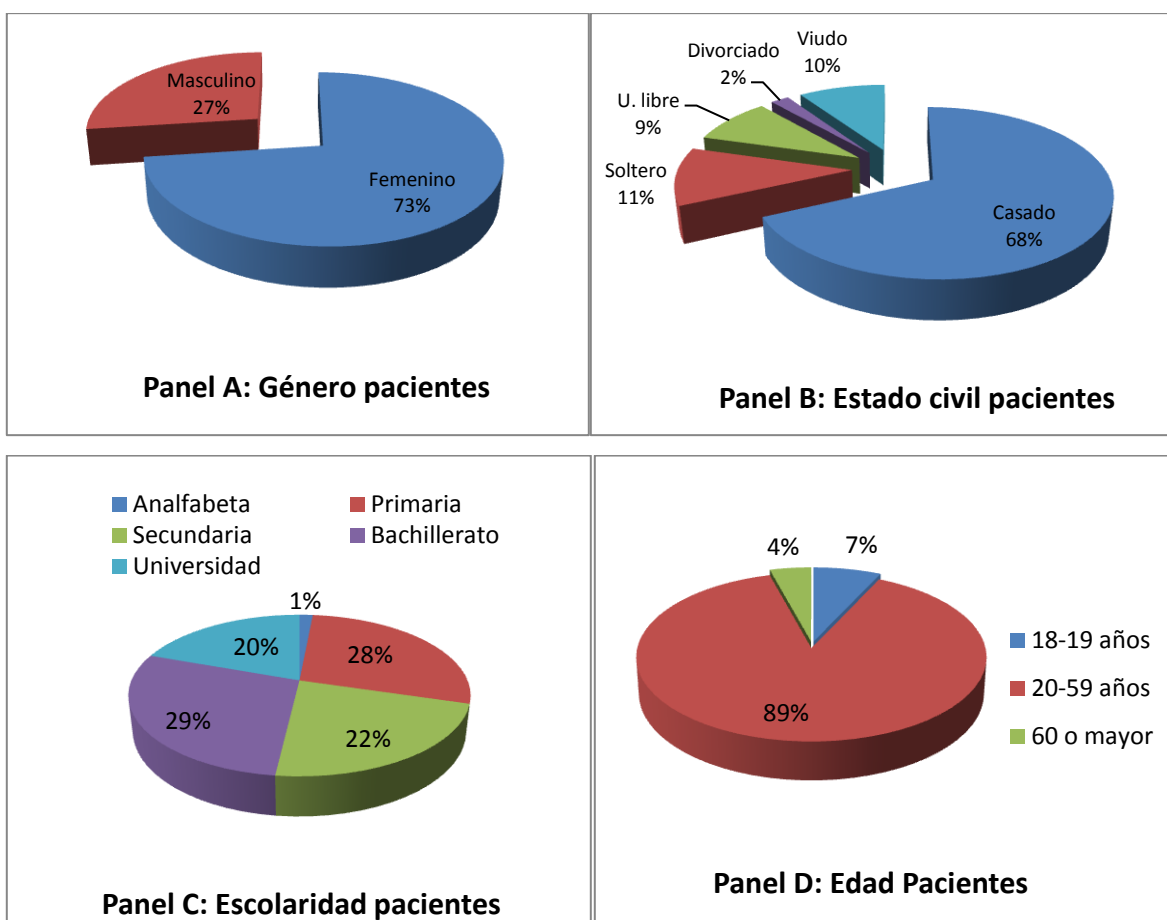


Figura 1.- Características sociodemográficas de los derechohabientes. Panel A: distribución por género. Panel B: estado civil. Panel C: escolaridad de los pacientes. Panel D: distribución por grupo etario.

En cuanto a las características sociodemográficas de los médicos encuestados, la proporción en base al género fue de varones y 21 féminas (Figura 2 Panel A), el 78% de los participantes son casados (Figura 2 Panel B), con una situación laboral de base en su mayor proporción con 45 médicos (Figura 2 Panel C), y la escolaridad que más predominó fue el posgrado con 46 médicos familiares (Figura 2 Panel D), la edad media de los encuestados fue de 43 años y la antigüedad media en su puesto fue de 16 años de servicio.

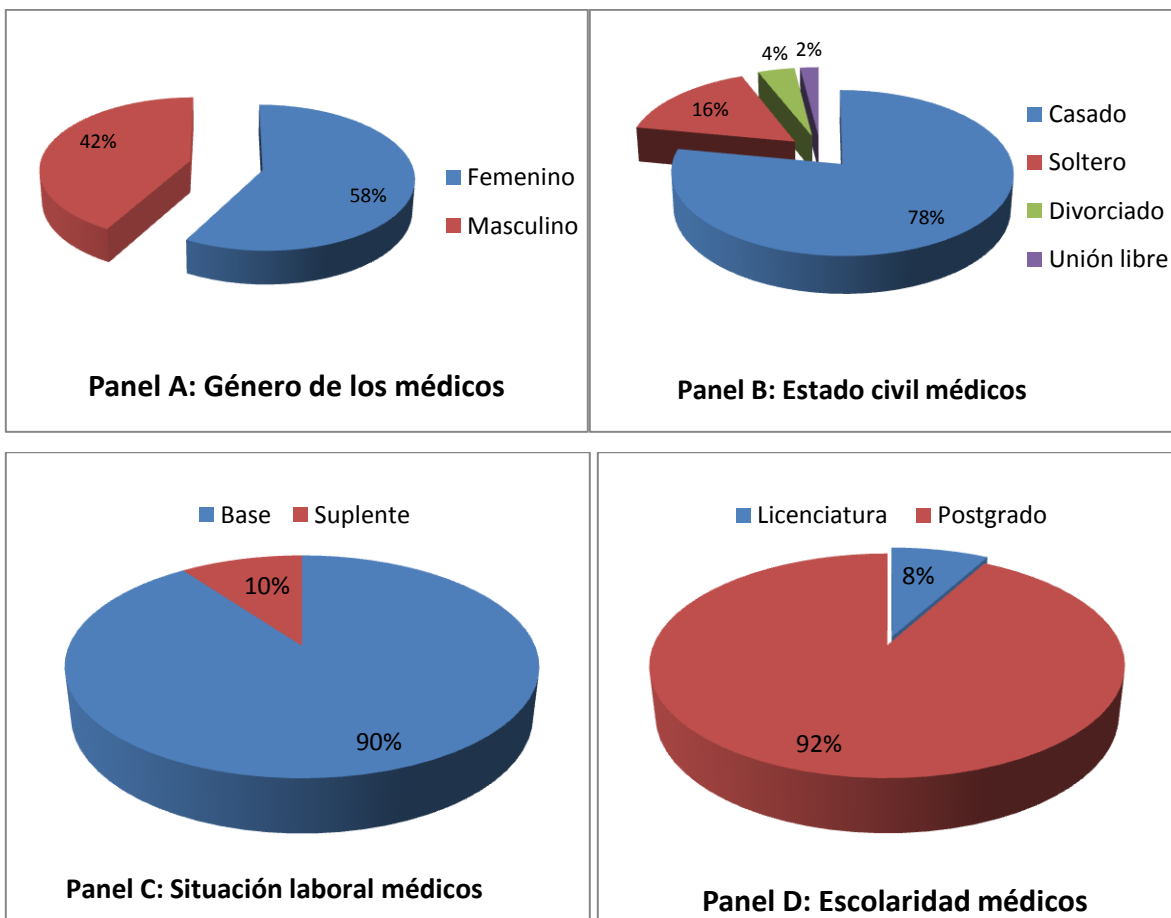


Figura 2.- Características sociodemográficas de los médicos encuestados. A: Género. B: estado civil. C: situación laboral. D:escolaridad.

El constructo CVP35 para medir satisfacción profesional obtuvo en su validación interna un α de Cronbach de 0.920 y se confirmó con el método de dos mitades de Gutman 0.945. La satisfacción profesional global de los médicos en la UMF80 se encontró de la siguiente manera: 2 médicos (4%) “algo satisfechos” con su calidad de vida profesional, 70%, es decir 35 médicos “bastante satisfechos” y 13 médicos (26 %) “muy satisfechos”, figura 3.

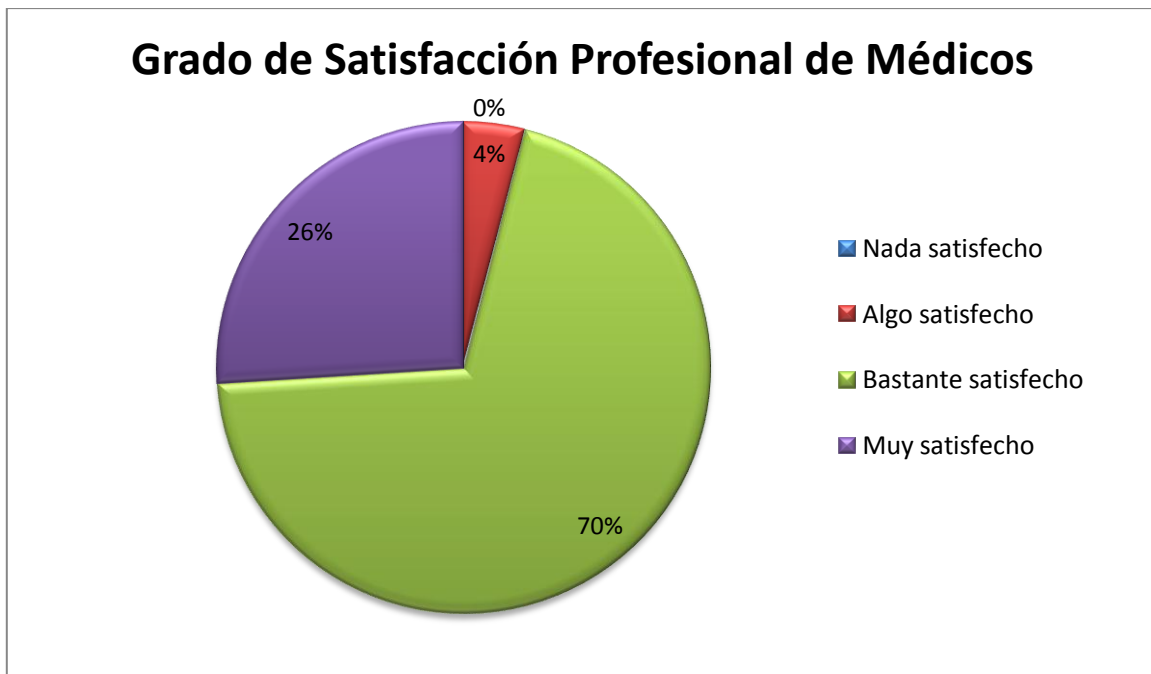


Figura 3.- Grado de Satisfacción Profesional de los Médicos de Primer Nivel.

El cuestionario SERVQUAL para medir calidad en la atención, fue validado en su consistencia interna con alfa de Cronbach, obtuvo un α de 0.452 y se confirmó con las mitades de Gutman 0.504. Ahora bien, la calidad en la atención percibida por los derechohabientes fue calificada en su mayoría como insatisfacción severa con un total de 324 pacientes que representan el 81% de la muestra, 15 pacientes refirieron una insatisfacción leve a moderada, 19 pacientes señalaron estar satisfechos con la calidad recibida y 41 pacientes (10%) manifestaron una satisfacción amplia, estos resultados se plasman en la figura 4.

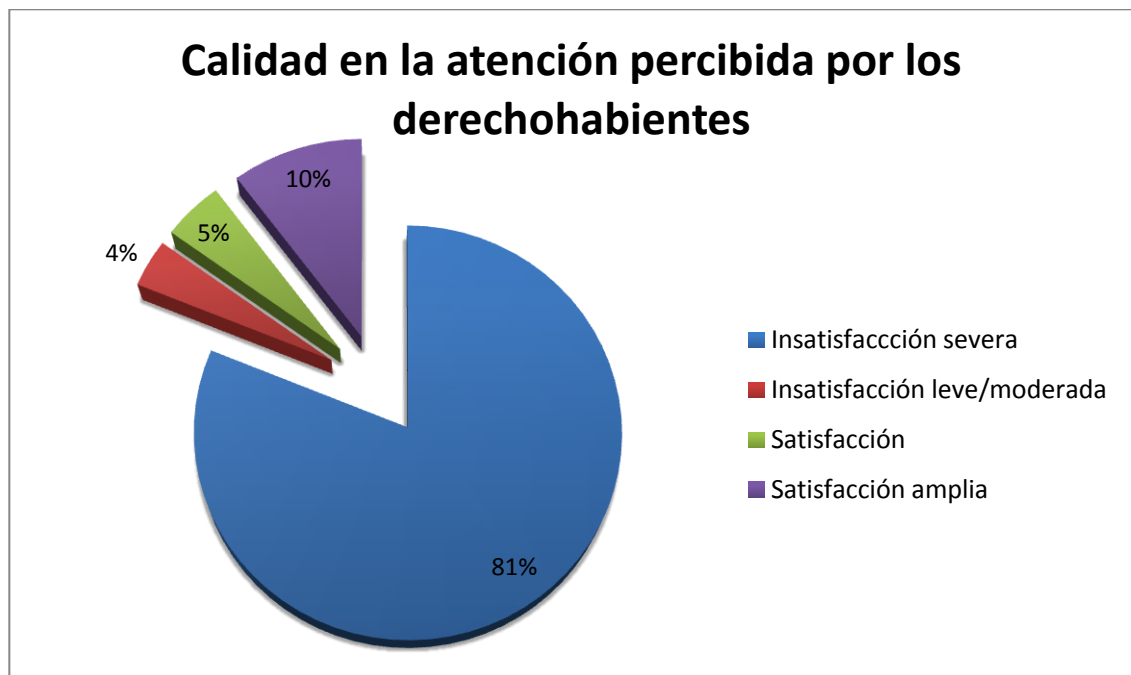


Figura 4.- Calidad en la atención percibida por los derechohabientes mediante la encuesta SERVQUAL.

Se hizo el análisis de la satisfacción profesional de los médicos de cada consultorio en relación con la calidad en la atención percibida por los pacientes de cada uno de éstos médicos, los resultados se presentan en la figura 5, donde se describe por turno, la satisfacción profesional con que se perciben los médicos de los consultorios peor evaluados en cuanto a calidad, en los cuales el 100% de los encuestados consideró una insatisfacción severa con la calidad de la atención brindada. Se observó que en el turno matutino 12 consultorios obtuvieron una insatisfacción severa con la calidad en la atención y de éstos, el 75% de los médicos se considera bastante satisfecho con su profesión, 17% muy satisfechos y 8% algo satisfecho, del mismo modo, en el turno vespertino 12 consultorios se evaluaron con insatisfacción severa en cuanto a la calidad percibida por derechohabientes y de éstos el 67% de los médicos se encuentra bastante satisfecho con su calidad de vida profesional y un 33% de los mismos refirió estar muy satisfecho, como se observa en la figura 5.

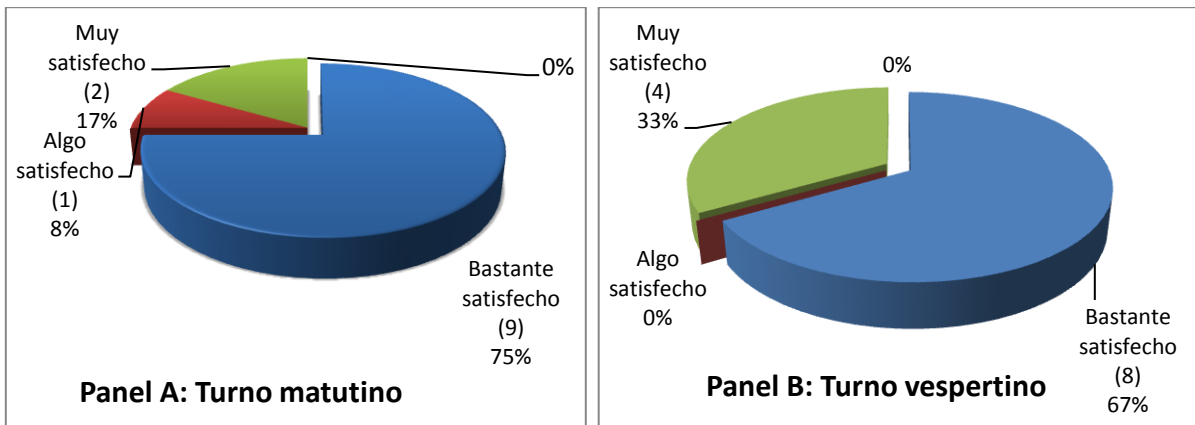


Figura 5. Médicos evaluados con insatisfacción severa en la calidad de la atención y su grado de satisfacción profesional. Panel A: Turno matutino. Panel B: Turno vespertino.

Satisfacción profesional del médico y su relación con la calidad en la atención.

Se analizaron los puntajes obtenidos en los diferentes dominios del constructo CVP35 y nos dimos cuenta que la motivación intrínseca fue la mejor evaluada con una media de 9.1, que se interpreta como “muy satisfechos”, 7.78 para apoyo directivo (bastante satisfechos) y 7.48 para cargas de trabajo (bastante satisfechos); en la tabla I se expone la puntuación media global para cada dominio e ítem de la encuesta CVP 35.

Tabla I- Valores medios para cada dimensión del CVP-35 y los diversos ítems que lo componen. Escala 1-10.

DIMENSIONES	MEDIA	DIMENSIONES	MEDIA
CARGAS DE TRABAJO		18 Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.	9.74
1 Cantidad de trabajo que tengo.	7.66	19 Lo que tengo que hacer queda claro	9.26
2 Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo.	7.14	20 Me siento orgulloso de mi trabajo	9.62
3 Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.	7.02	21 Capacidad para desconectarme al terminar de laborar. Carga de responsabilidad	9.14
4 Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.	6.18	Media dimensión motivación intrínseca	9.1
		APOYO DIRECTIVO	
5 Conflictos con otras personas de mi trabajo	8.08	22. Satisfacción con el sueldo	6.9
6 Falta de tiempo para mi vida personal	8.74	23 Posibilidad de promoción.	6.98
7 Incomodidad física en el trabajo	7.64	24. Reconocimiento de mi esfuerzo.	6.38
8 Carga de responsabilidad.	8.18	25. Apoyo de mis jefes.	8.04
9 Interrupciones molestas.	6.7	26. Apoyo de mis compañeros.	8.04
10. Estrés (esfuerzo emocional).	7.28	27. Posibilidad de ser creativo.	8.2
11 Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud.	7.76	28. Recibo información de los resultados de mi trabajo	7.94
Media dimensión cargas de trabajo	7.48		
MOTIVACION INTRINSECA		29. Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.	8.68
12 Satisfacción con el tipo de trabajo.	9.04	30. Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto.	6.52
13 Motivación (ganar de esforzarme)	8.38	31. Tengo autonomía o libertad de decisión.	8
14 Apoyo de mi familia.	9.56	32. Variedad en mi trabajo.	8.26
15). Ganar de ser creativo	9.12	33. Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.	7.16
16. Capacitación brindada por la empresa necesaria para hacer mi trabajo.	7.98	34. Calidad de vida en mi trabajo.	8.16
17 Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	9.54	35. Apoyo de mis compañeros en el caso de tener responsabilidades directivas.	7.68
		Media dimensión apoyo directivo.	7.70

Al asociar la satisfacción profesional respecto al género, encontramos que el 38%(N=19) de los hombres se encuentran bastante satisfechos a diferencia de un porcentaje menor de mujeres con un 32% (N=16); sin embargo aplicando el test de chi cuadrada no se observan asociaciones estadísticamente significativas, como lo muestran la tabla figura 6.

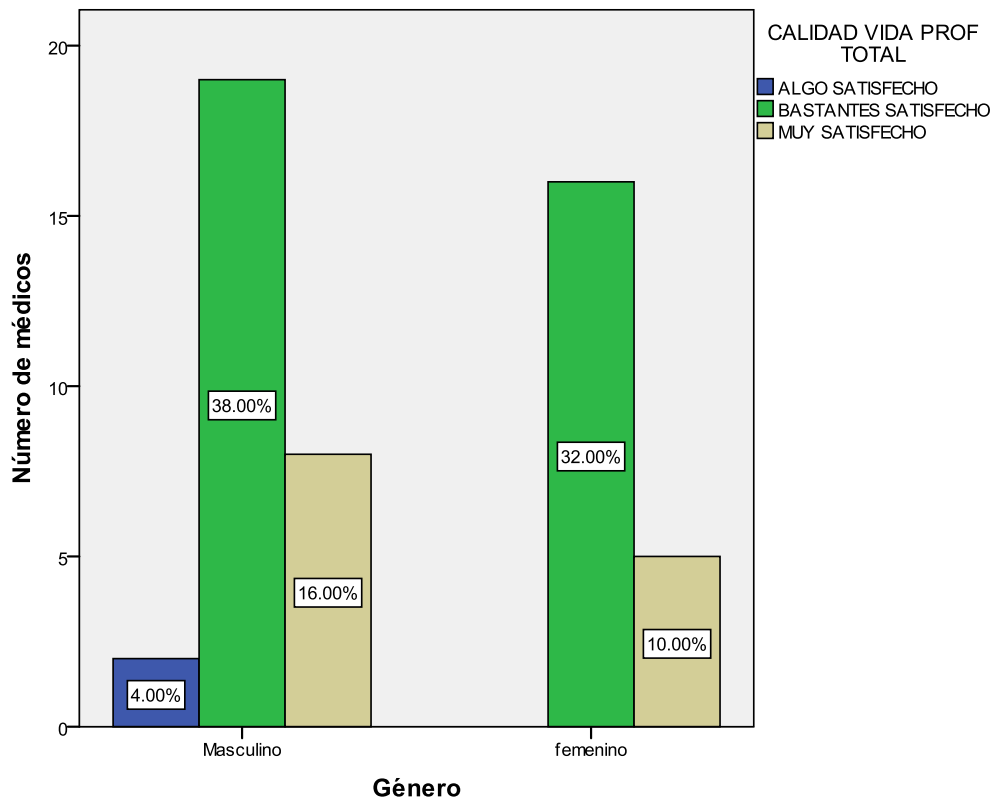


Figura 6.- Asociación entre satisfacción profesional y género

Al realizar la asociación de la satisfacción profesional con el turno laboral de los médicos, se observa que los facultativos del turno vespertino tienen un porcentaje mayor de respuesta en cuanto a bastante satisfacción con un 38% en contraste con un 32% del turno matutino, así mismo, el 14% de los médicos del turno matutino se dice muy satisfecho con su trabajo, en comparación con un 12% de los médicos del turno vespertino, en el turno matutino un 4% de los médicos se dijo algo satisfecho; no obstante, las diferencias entre ambos turnos no fueron estadísticamente significativas ($p=0.311$), así como se observa en la figura 7.

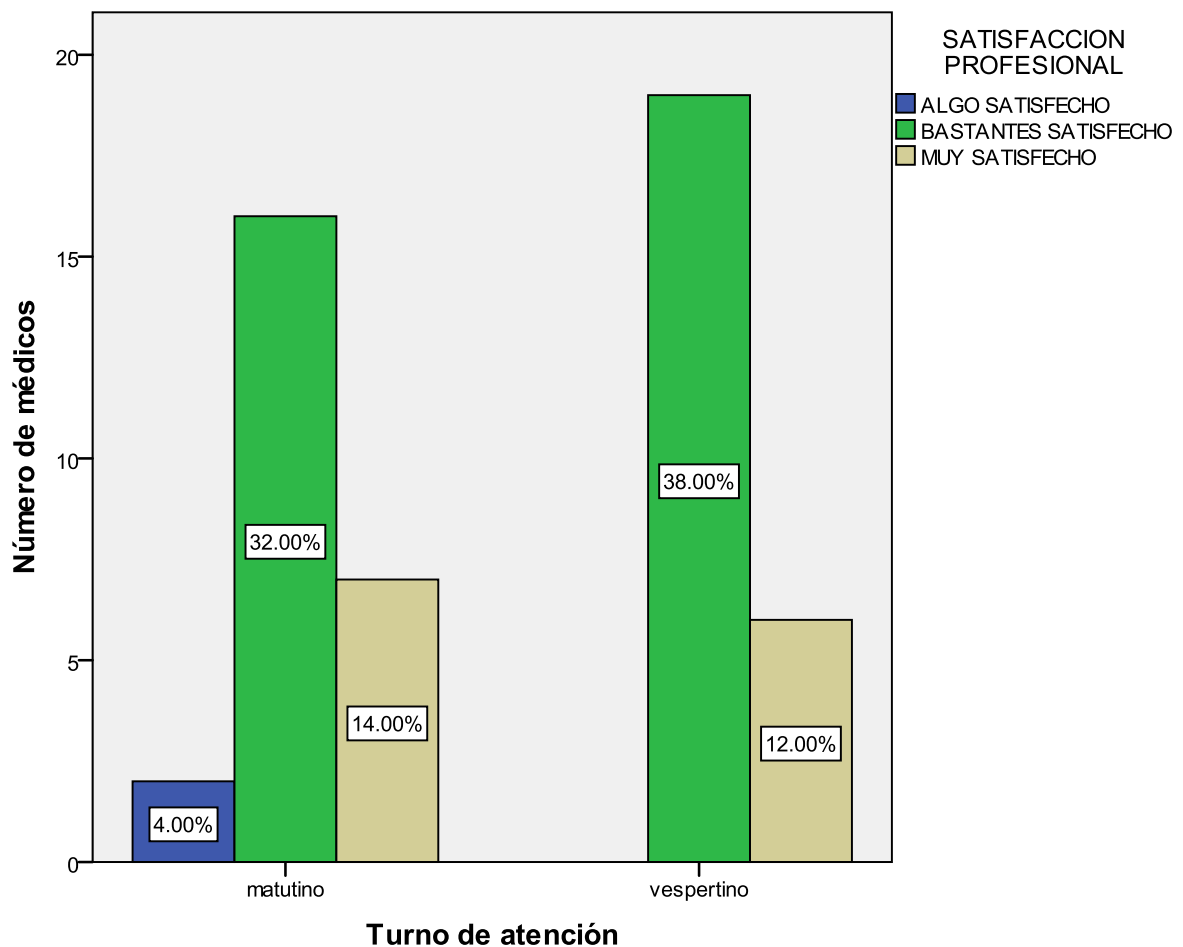


Figura 7.- Asociación entre satisfacción profesional y turno laboral

La relación entre los dominios evaluados con el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP35) como cargas de trabajo, apoyo directivo y motivación intrínseca se evaluaron con respecto a las variables sociodemográficas y laborales y se expresan en la tabla II.

Tabla II.- Relaciones entre variables sociodemográficas, laboral y resultados de los dominios del CVP35.

Relación entre variables demográficas, laborales y medias de los dominios de CVP35						
Categoría	Apoyo Directivo $\bar{X} \pm E.E$	P	Motivación intrínseca $\bar{X} \pm E.E$	P	Cargas de trabajo $\bar{X} \pm E.E$	P
GÉNERO						
Masculino	7.64 ± 0.279	0.758	7.47 ± 0.281	0.549	7.57 ± 0.299	0.938
Femenino	7.77 ± 0.295		7.50 ± 0.265		7.38 ± 0.257	
TURNO LABORAL						
Matutino	7.53 ± 0.331	0.405	8.92 ± 0.227	0.122	7.57 ± 0.299	0.636
Vespertino	7.87 ± 0.233		9.27 ± 0.122		7.38 ± 0.257	
SITUACIÓN LABORAL						
Base	7.63 ± 0.221	0.366	7.45 ± 0.215	0.373	9.06 ± 0.143	0.640
Suplente	8.25 ± 0.218		7.76 ± 0.286		9.45 ± 0.128	

$\bar{X} \pm E.E$ Media ± error estándar

Se observa que los dominios fueron evaluados de una manera similar para ambos géneros, siendo la media para apoyo directivo en el sexo masculino de 7.64 contra 7.77 en el femenino, la motivación intrínseca con una media de 7.47 en varones y de 7.50 en mujeres y las cargas de trabajo de 7.57 para los hombres y de 7.38 en las féminas, sin encontrarse un contraste estadísticamente significativo.

Se demostró que en ambos turnos, los factores con menor grado de satisfacción, son el apoyo directivo y las cargas de trabajo con medias de 7.53 para apoyo directivo en el turno matutino y de 7.87 para el vespertino, así como una media de la dimensión cargas de trabajo en el turno matutino de 7.57 y de 7.38 para el vespertino. El parámetro mejor evaluado fue la motivación intrínseca, siendo mayor en el turno vespertino con una media de 9.27 contra 8.92 del turno matutino. Sin embargo no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

Así mismo, los dominios del constructo CVP 35 se evaluaron con respecto a la situación laboral del médico, encontrando que los médicos de base y suplentes se encuentran muy satisfechos con las cargas de trabajo (media 9.06 vs 9.45 respectivamente) y bastante satisfechos con el apoyo directivo (media 7.63 vs 8.25) y motivación intrínseca (7.45 vs 7.76), sin existir diferencias estadísticamente significativas con la situación laboral.

Las medias de los puntajes obtenidos para cada dominio del cuestionario SERVQUAL y los ítems que la componen se muestran en la tabla III. El dominio respuesta rápida se encuentra valorada con un insatisfacción moderada (1.14), la confiabilidad 1.7 (insatisfacción moderada), aspectos tangibles 0.68 (insatisfacción leve), seguridad 4.74 (insatisfacción severa) y empatía 6.94, brinda una insatisfacción severa a los derechohabientes.

Tabla III.- Valores medios para cada dimensión de SERVQUAL y los ítems que lo componen.

DIMENSIONES	MEDIA
ASPECTOS TANGIBLES	
1. La UMF 80 tienen equipos de apariencia moderna.	1.35
2. Las instalaciones físicas de la UMF 80 son visualmente atractivas	0.69
3. Los médicos de la UMF 80 tienen apariencia pulcra.	0
4. En la UMF 80, los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.	0.7
Media global aspectos tangibles	0.68
CONFIABILIDAD	
5. Cuando el personal de la UMF 80 promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace.	1.92
6. Cuando el usuario tiene un problema, el personal de la UMF 80 muestra un sincero interés en solucionarlo.	2.13
7. El personal de la UMF 80 realiza bien el servicio a la primera vez.	2.11
8. El personal de la UMF 80 concluye el servicio en el tiempo prometido.	1.93
9. La UMF 80 insisten en mantener expedientes exentos de errores.	1.22
10. En la UMF 80, los médicos comunican a los usuarios cuándo concluirá la realización del servicio.	0.92
Media global confiabilidad	1.70

Satisfacción profesional del médico y su relación con la calidad en la atención.

RESPUESTA RÁPIDA	
11. En la UMF 80, los médicos ofrecen un servicio rápido a sus pacientes.	0.12
12. En la UMF 80, los médicos siempre están dispuestos.	0.73
Media global respuesta rápida	0.42
SEGURIDAD	
13. En la UMF 80, los médicos nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los pacientes.	0.76
14. El comportamiento de los médicos la UMF 80 transmite confianza a sus pacientes.	0.94
15. Los pacientes de la UMF 80 se sienten seguros en sus transacciones con la Institución.	0.82
16. En la UMF 80, los médicos siempre son amables con los pacientes.	0.84
17. En la UMF 80, los médicos tienen suficientes conocimientos para responder a las preguntas de sus pacientes.	0.65
Media global seguridad	0.82
EMPATÍA	
18. La UMF 80 da a sus pacientes atención individualizada.	1.22
19. La UMF 80 tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus pacientes.	0.94
20. La UMF 80 tiene médicos que ofrecen una atención personalizada a sus pacientes.	1.01
21. La UMF 80 se preocupa por los intereses de sus pacientes.	1.64
22. Los médicos de la UMF 80 comprenden las necesidades específicas de sus pacientes.	1.33
Media global seguridad	0.82

Cuando se realizó la asociación de la calidad en la atención percibida en relación al género del paciente, se observó que 240 mujeres (60.2%) presentaron insatisfacción severa, a diferencia de 84 hombres que representan un 21.1% de la muestra, la descripción detallada se plasma en la tabla IV.

Tabla IV- Asociación entre calidad en la atención percibida y género del paciente.

Tabla de contingencia					
			Género Paciente		Total
			Masculino	Femenino	
CALIDAD EN LA ATENCIÓN	SATISFACCION AMPLIA	N	10	31	41
		%	2.5%	7.8%	10.3%
	SATISFACCION	N	8	11	19
		%	2.0%	2.8%	4.8%
	INSATISFACCION LEVE MODERADA	N	6	9	15
		%	1.5%	2.3%	3.8%
	INSATISFACCION SEVERA	N	84	240	324
		%	21.1%	60.2%	81.2%
Total	N	108	291	399	
	%	27.1%	72.9%	100.0%	
Chi cuadrada de Pearson		0.283			

En relación a la calidad de la atención percibida por los pacientes en cuanto al turno, tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas con valor de chi cuadrada de 0.499. Observándose que 163 pacientes del turno matutino y 161 del vespertino se sitúan en insatisfacción severa, correspondiendo a un 40.4 y 40.9% respectivamente de la población estudiada, tal como se observa en la figura 8.

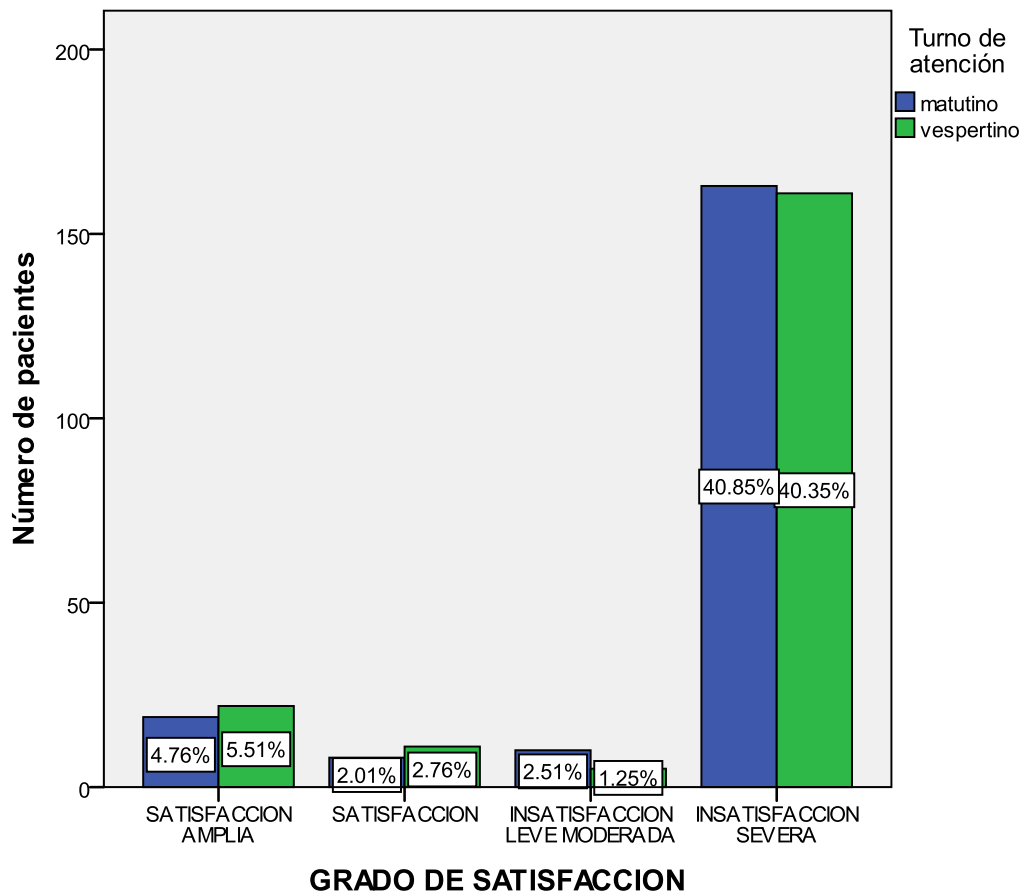


Figura 8.- Asociación entre calidad en la atención y turno laboral.

También se realizó la asociación del grado de satisfacción con la calidad en la atención respecto a la escolaridad de los pacientes, obteniéndose los resultados de la tabla V, en la cual observamos que de los 324 pacientes (81%) que gradúan la calidad en la atención como insatisfacción severa, 96 (24.1%) cuentan con estudios de primaria, seguidos de 88 (22.1%) con un nivel medio superior y 68 con un nivel de secundaria (17%), así como 66 (16.5%) que estudiaron un nivel profesional y por último 6 (1.5%) que son analfabetas. Sin encontrarse a pesar de los contrastes de la población una diferencia estadísticamente significativa con un p valor de .639 para el test de chi cuadrada.

Tabla V.- Asociación entre calidad en la atención percibida y escolaridad del paciente.

Tabla de contingencia									
			Escolaridad paciente					Total	
			Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional		
GRADO DE SATISFACCION	SATISFACCION AMPLIA	N	0	11	12	14	4	41	
		%	.0%	2.8%	3.0%	3.5%	1.0%	10.3%	
	SATISFACCION	N	0	3	6	6	4	19	
		%	.0%	.8%	1.5%	1.5%	1.0%	4.8%	
	INSATISFACCION LEVE MODERADA	N	0	2	3	6	4	15	
		%	.0%	.5%	.8%	1.5%	1.0%	3.8%	
	INSATISFACCION SEVERA	N	6	96	68	88	66	324	
		%	1.5%	24.1%	17.0%	22.1%	16.5%	81.2%	
	Total		N	6	112	89	114	78	399
			%	1.5%	28.1%	22.3%	28.6%	19.5%	100.0%
Chi cuadrada de Pearson 0.639									

Se utilizó la t de student y ANOVA de un factor para contrastar los 5 dominios de SERVQUAL con variables sociodemográficas y de atención médica. Respecto al género, los cuatro dominios se sitúan en insatisfacción severa, sin haber diferencias significativas. Al hacer la comparación de medias de los distintos dominios de la calidad en la atención, respecto al turno de atención, los dominios peor calificados en ambos turnos son la confiabilidad con una media de 10.7 en el turno matutino contra un 10.9 en el turno vespertino, y la empatía siendo graduada en el turno matutino con una media de 6.59 y de 7.72 en el vespertino, sin observarse una diferencia estadísticamente significativa (p valor >0.05), lo cual se observa en la tabla VI.

Tabla VI.- Contraste (medias) de los 5 dominios evaluados por el constructo SERVQUAL con variables sociodemográficas y de la atención. (t de student y ANOVA)

Relación entre variables demográficas, asistenciales y medias de los dominios de SERVQUAL										
Categoría	Aspectos Tangibles $\bar{X} \pm E.E$	P	Confiabilidad $\bar{X} \pm E.E$	P	Respuesta rápida $\bar{X} \pm E.E$	P	Seguridad $\bar{X} \pm E.E$	P	Empatía $\bar{X} \pm E.E$	P
Género										
Masculino	3.44 ± 0.593	0.706	11.27 ± 1.10	0.611	1.51 ± 0.440	0.329	4.90 ± 0.878	0.818	7.80 ± 1.266	0.434
Femenino	3.21 ± 0.228		10.69 ± 0.571		1.05 ± 0.238		4.68 ± 0.484		6.91 ± 0.506	
Turno de atención										
Matutino	3.70 ± 0.420	0.112	10.78 ± 0.754	0.892	0.895 ± 0.307	0.174	4.33 ± 0.575	0.332	6.59 ± 0.764	0.259
Vespertino	2.85 ± 0.317		10.91 ± 0.693		1.467 ± 0.287		5.16 ± 0.626		7.72 ± 0.653	
Estado civil										
Soltero	4.17 ± 0.820	0.430	13.51 ± 1.36	0.168	1.22 ± 0.509	0.225	4.13 ± 1.226	0.731	8.75 ± 1.364	0.583
Casado	3.07 ± 0.315		10.88 ± 0.618		1.297 ± 0.249		4.87 ± 0.526		6.75 ± 0.527	
Unión libre	4.08 ± 0.691		9.25 ± 1.431		1.52 ± 0.724		6.05 ± 1.518		7.13 ± 1.408	
Viudo	2.47 ± 0.672		10.81 ± 2.412		-0.21 ± 0.598		3.68 ± 1.213		5.78 ± 1.214	
Divorciado	2.62 ± 1.689		10.90 ± 0.515		0 ± 1.388		3.12 ± 1.816		7.75 ± 3.885	
Escolaridad										
Analfabeta	6.5 ± 4.153	0.501	16 ± 5.434	0.070	3.66 ± 2.245	0.346	8.83 ± 5.553	0.215	13.83 ± 5.249	0.192
Primaria	3.401 ± 0.446		11.14 ± 0.988		0.946 ± 0.369		4.758 ± 0.753		7.33 ± 0.822	
Secundaria	3 ± 0.554		10.33 ± 1.217		1 ± 0.445		4.32 ± 0.855		5.76 ± 0.862	
Preparatoria	2.95 ± 0.480		9.16 ± 0.772		1 ± 0.397		3.77 ± 0.729		6.75 ± 1.165	
Profesional	3.65 ± 0.660		13.07 ± 1.181		1.794 ± 0.503		6.32 ± 1.130		8.56 ± 1.084	

Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para encontrar la influencia que ejerce la satisfacción profesional y los dominios que la componen sobre la calidad de la atención, se observó que la variable que determina un valor predictivo más alto es la dimensión cargas de trabajo, con un coeficiente de 0.370 a pesar de que no fue estadísticamente significativa ($p = 0.163$), la siguiente variable en orden de importancia es la dimensión apoyo directivo con un coeficiente de 0.154 y por último la motivación intrínseca con un coeficiente de 0.027; así mismo el coeficiente para la satisfacción profesional fue de 0.061 con un p valor de 0.809, tal como lo muestra la tabla VII.

Tabla VII.- Correlación entre las variables calidad en la atención y satisfacción profesional (global y por dominios).

Regresión lineal múltiple CALIDAD EN LA ATENCIÓN/SATISFACCIÓN PROFESIONAL						
		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
	SATISFACCION PROFESIONAL	-.132	.545	-.061	-.243	.809
	Dimensión apoyo directivo	-.118	.195	-.154	-.604	.549
	Dimensión cargas de trabajo	.291	.205	.370	1.419	.163
	Dimensión motivación intrínseca	-.032	.256	-.027	-.126	.900
a. Variable dependiente: CALIDAD ATENCION						

XII. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado en esta unidad de medicina familiar, que evalúa la relación entre calidad de la atención percibida por los pacientes y la satisfacción profesional de los médicos familiares.

Los resultados obtenidos en este estudio en cuanto a satisfacción profesional del médico de primer nivel de atención en esta unidad, sitúan al médico totalmente satisfecho con su trabajo (70%) con una media global en el cuestionario CVP35 de 8.09, a diferencia de un estudio previo realizado en esta unidad con el cuestionario de satisfacción laboral 20/23 que refiere un 61.1% de satisfacción y un 35.2% de indiferencia, lo cual puede explicarse por la diferencia de los cuestionarios y la falta de confianza del médico para expresar su percepción de la vida laboral ^(33, 34). Otros estudios europeos también difieren al nuestro, como España en Menorca, donde se realizó un estudio en 166 profesionales de atención primaria, en el cual se encontró un puntaje medio para calidad de vida profesional mediante el constructo CVP 35 de 5.78 ⁽³⁵⁾. Martín-Fernández y colaboradores en otro estudio realizado en profesionales de atención primaria en Madrid, España, concluyó una puntuación media de CVP de 5.14⁽¹⁵⁾; las diferencias con estos trabajos se entienden porque éstos incluyeron a otros profesionales del área de la salud como enfermeras, nutriólogos, farmacéuticos, psicólogos, trabajadoras sociales y auxiliares administrativos, ampliándose de este modo la variabilidad en las respuestas debido a las diferentes actividades realizadas y la exigencia de las mismas, así como las diferencias culturales entre países y las muestras que fueron más grandes que la nuestra.

Con relación a estudios de satisfacción profesional realizados en México, los resultados obtenidos en el presente son más acordes. El estudio orquestado por Cetina-Tabares en médicos familiares del estado de Quintana señaló el nivel de satisfacción laboral predominante en intermedio ⁽¹⁶⁾. Según Valderrama-Martínez en su estudio realizado en León, Guanajuato se observó que el 86% de ellos se encontró satisfecho con su trabajo y la mitad de los médicos encuestados se

encontraron satisfechos con las prestaciones económicas, sindicales, contrato colectivo y estímulos prestados por su actividad laboral ⁽³⁶⁾, así como las conclusiones arrojadas por Cabrera-Pivaral en Jalisco el cual demostró un 66.8% de satisfacción con sus necesidades ⁽³⁷⁾. Las similitudes con estos trabajos pueden ser explicadas porque todos fueron realizados en el IMSS y las condiciones laborales son las mismas sin importar la localidad.

El dominio de satisfacción profesional, mejor evaluado por los médicos de la UMF 80 fue el de motivación intrínseca con una media de 9.1 en contraste con puntajes obtenidos en España que oscilan entre 6.5 y 7. Esto es un indicativo de la motivación interna del médico, que lo ayuda a afrontar las grandes demandas de trabajo y que tiene efecto protector contra el agotamiento profesional y el estrés mental ^(15, 38). En general, los 3 dominios de la escala CVP 35 obtuvieron puntajes más altos que en otros estudios realizados en Europa, pudiendo deberse a los diferentes grados de exigencia que existen en los sistemas de salud de cada país.

En el presente estudio, las variables sociodemográficas y laborales de los médicos no condicionaron cambios respecto a la satisfacción profesional, a diferencia de estudios previos que informan una mejor satisfacción de los diferentes dominios en el género femenino, como lo expresó Cortés-Rubio en su investigación, realizada en Madrid a 282 profesionales de atención primaria con el objetivo de evaluar los factores asociados a la percepción de la calidad de vida profesional ⁽³⁹⁾.

Respecto a la calidad en la atención percibida por los derechohabientes, nuestro estudio demostró una insatisfacción severa por parte del 81% de la población encuestada, lo que resulta ser muy diferentes a múltiples estudios realizados de calidad en el sector público de salud y en la ENSANUT 2009 que sitúa la calidad de la atención como regular o mala en un 19% de los encuestados ⁽³²⁾. El trabajo de Ortiz-Espinoza y colaboradores, realizado en Hidalgo en 2004, con un instrumento construido por los autores que constó de 69 preguntas, siguiendo los criterios de Donabedian para evaluación de calidad, refiere un 15% de insatisfacción con los servicios de salud y la percepción de mala calidad asociada a con la insatisfacción

fue de 10.8% ⁽⁴⁰⁾. Comparando los resultados de este trabajo con estudios en otros países, encontramos por ejemplo el estudio de Medina Lorente et al en Cuba que tuvo como hallazgo una insatisfacción con la calidad por el usuario del 20% con el médico de familia ⁽²⁸⁾. Sin embargo cabe mencionar que en estas investigaciones no tomaron en cuenta las expectativas del usuario como punto de comparación para la evaluación de la percepción de la calidad, a diferencia del cuestionario SERVQUAL que nosotros utilizamos.

Por otro lado, existen estudios que utilizaron el instrumento SERVQUAL para evaluación de la calidad en la consulta externa de medicina interna en un hospital de Lima, Perú, destacando que la insatisfacción con la calidad se evidenció en un 56% de la muestra ⁽⁴¹⁾. El hecho de que más de la mitad de la población encuestada se encuentre insatisfecha con la calidad en la atención, en nuestro estudio, nos hace pensar que el instrumento SERVQUAL, al evaluar inicialmente las expectativas del usuario y hacer la comparación con la percepción al momento de la atención, tiene tendencia a resultar en insatisfacción debido a los altos estándares de calidad en la expectativa del usuario y la subjetividad de la evaluación.

Los factores que dimensionan la calidad en la atención peor evaluados fueron la confiabilidad y empatía con medias de 10.9 y 6.94 respectivamente. La confiabilidad se refiere a la habilidad de brindar el servicio ofrecido tal y como se ofertó, a este respecto, la población encuestada hacía referencia a la dificultad de obtener una cita para atención médica de forma oportuna. Referente a la empatía, que evalúa la capacidad del prestador de servicio de pensar primero en el paciente y atenderlo según sus características y necesidades particulares, la mayor parte de los encuestados referían la percepción de no recibir una atención individualizada.

A diferencia de otros estudios que comprobaron asociaciones ente la insatisfacción global y el género del paciente, edad o nivel socioeconómico. El presente estudio no logró demostrar asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y esto se explica por la alta tasa de insatisfacción de la mayor parte de la población, de tal manera que no logró establecerse una

tendencia para los diferentes grupos por la variabilidad estadística natural.

No se logró establecer que la satisfacción profesional del médico influya en la calidad de la atención brindada, sin embargo se logró identificar que el factor más predictivo en la calidad de la atención, relacionado con la satisfacción profesional son las cargas de trabajo, como lo demostraron los estudios realizados en Madrid y Menorca ^(12,33). Una posible explicación a este respecto es que hubo una tendencia de los pacientes a mostrar mayor insatisfacción al ser encuestados en la fila de la farmacia después de pasar varias horas en la Unidad de Medicina Familiar, lo que pudo haber sesgado las respuestas por la inconformidad con la farmacia, ya que contrastando estos resultados con los arrojados por la Encuesta Nacional de Satisfacción de derechohabientes del IMSS 2011 (ENSAT 2012), realizada por una empresa privada llama Pulso Mercadológico, S.C con el acompañamiento de Transparencia Mexicana A.C. en una muestra de 36,173 derechohabientes a lo largo del país, se observó que un 78% de los usuarios de primer nivel de atención están muy satisfechos o satisfechos con la atención médica recibida y particularmente en el estado de Michoacán fue un 80% de satisfacción, sin embargo cabe mencionar, que estas encuestas pedían directamente que el paciente definiera su grado de satisfacción desde muy satisfecho hasta muy insatisfecho sin darle una ponderación numérica en escala tipo Likert y tampoco evaluó las expectativas de los individuos. Por tanto se puede inferir que probablemente utilizar una escala numérica puede prestarse a confusiones para la población ⁽⁴²⁾.

Por último, con este trabajo, se puede concluir que la percepción de la calidad en la atención por parte del usuario externo, no depende únicamente de la atención que brinda el médico, sino que se compone de múltiples factores como lo son la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación, las experiencias con el servicio que el usuario haya tenido previamente, comunicaciones externas que la propia institución realice sobre las prestaciones de su servicio y que incidan en las expectativas que el ciudadano tiene sobre las mismas, tal como lo demuestra las diferentes áreas que fueron evaluadas mediante el cuestionario SERVQUAL y que no corresponden únicamente a la

participación del médico, de tal forma que se reafirmó la importancia que tiene el trabajo de todo el equipo de salud, conformado en este caso por asistentes médicas, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo que labora en la UMF.

XIII. CONCLUSIONES

Después de analizados los resultados, se concluyó que:

- ✓ En este estudio no se demostró que la calidad en la atención percibida por el derechohabiente se relacione con la satisfacción laboral del médico, ya que existen otros aspectos que intervienen en esta percepción y en la que participan el resto del personal adscrito a la unidad y las instalaciones físicas y recursos destinados al mantenimiento de las mismas.

- ✓ Los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 se encuentran bastante satisfechos con su actividad laboral y el factor más importante para su satisfacción es la motivación intrínseca. No se encontró asociación entre la satisfacción laboral y el género, escolaridad, estado civil, situación laboral y turno de atención.

- ✓ Los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 se encuentran insatisfechos severamente con la calidad en la atención recibida. Los aspectos de la calidad brindada que requieren mayor atención son la confiabilidad y empatía. No se encontró asociación entre la percepción de la calidad y variables sociodemográficas de los pacientes como sexo, escolaridad, estado civil y turno de atención.

XIV. RECOMENDACIONES

1. A los directivos:

La satisfacción laboral de los prestadores de servicios públicos en salud es un factor determinante para una institución de calidad, tal como lo evalúa el programa SICALIDAD. De tal forma que es importante fomentar la retroalimentación por parte del médico familiar y los coordinadores clínicos para establecer líneas de acción y continuar con el alto grado de satisfacción que hasta ahora presentan los médicos. Se requiere trabajar en estrategias para brindar atención médica oportuna a los derechohabientes y que el paciente sienta la comprensión y disponibilidad por parte del médico para su atención.

2. A los médicos:

Algunos aspectos en los que se puede trabajar para mejorar la calidad en la atención brindada son: la comunicación con el paciente, responder las preguntas realizadas por el paciente, la amabilidad y brindar una atención individualizada centrada en las necesidades específicas de cada persona, que son los factores que resultaron peor evaluados y retomar el modelo de atención centrado en el paciente.

3. A futuras investigaciones:

Sería interesante y fructífero que se realizaran estudios de calidad en la atención incluyendo factores como el tiempo transcurrido por consulta, las cargas de trabajo y las expectativas de los médicos.

XV.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León-Betancourt A. Organizaciones Estructura y Proceso. 3ª edición. Madrid: Editorial Dossat S.A.1983.
2. Murray Cj, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull WHO. 2000; 78 (6):717-31.
3. Varo J. La calidad de la atención médica. Med Clin (Barc) 1995; 104:538-40. Citado en: Cortés-Rubio J.A, Martín-Fernández J, Morente.Páez M, et al. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? Aten Primaria 2003; 32 (5): 288-95.
4. González-Baltazar R, Hidalgo-Santacruz G, Salazar-Estrada JG. Calidad de vida en el trabajo: un término de moda con problemas de conceptualización. Psicología y Salud 2007; 17(1): 115-123.
5. Caballero-Rodríguez K. El concepto de satisfacción en el trabajo y su proyección en la enseñanza. Profesorado, revista de curriculum y formación del profesorado 2001; 6 (1-2): 1-10
6. Herzberg F. One more time: How do you motivate employees? Harvard Business Review 1987; 87507:5-16.
7. González-Baltazar R, Hidalgo-Santacruz G, Salazar-Estrada J.G, et al. Elaboración y Validación del instrumento para medir calidad de vida en el trabajo "CVT-GOHISALO". Ciencia y Trabajo 2010; 12 (36): 332-340.
8. Segurado-Torres A, Agulló-Tomás E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la psicología social. Piscothema 2002; 14(4):828-836

9. Casas J, Ramón-Repullo J, Lorenzo S, Cañas J. Dimensiones y medición de la calidad laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria* 2002; 4 (23):134-160.
10. Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Aten Primaria* 2003;31(8):1-10.
11. Mingote-Adan JC, Moreno Jiménez B, Galvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin Barc* 2004; 123(7):265-70.
12. Núñez-González E, Estévez-Guerra G, et al. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit* 2007; 21(2):136-41.
13. Estévez-Guerra Gabriel, Núñez-González E, Fariña-López E, Marrero-Medina C, et al. Determinantes de la satisfacción laboral en centros geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42 (5): 285-92.
14. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp* 2006; 206(2):77-83.
15. Jorge-Rodríguez F, Blanco-Ramos M.A., Issa-Pérez S, Romero-García L, Gayoso-Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(8):442-7.

16. Martín-Fernández J, Gómez-Gascón T, Beamud-Lagos Milagros, et al. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. BMC Health Services Research 2007; 7:101-9.
17. Cetina-Tabares R, Chan-Canul A, Sandoval-Jurado L. Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (6): 335-540.
18. Martín J, Cortés JA, Morente M, et al. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Gac Sanit 2004; 18 (2): 129-36.
19. Donabedian A. La dimensión internacional de la Evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública de México 1990; 32(2):113-17.
20. Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978; 200:856-64.
21. Donabedian A. The epidemiology of quality. Inquiry 1985; 22:282-92.
22. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.
23. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Pund Q 1966; 44:166-203
24. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Qual Rev Bull 1986; 12:99-108.

25. Losada-Otálora M, Rodríguez-Orejuela A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. Cuad Adm Bogotá 2007; 20 (34): 237-258.
26. Duque-Oliva E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales 2005; 25: 64-80.
27. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing 1988; 64:12-40.
28. Medina-Lorente G, Vargas-Torres J, Romero-Villar R, Crespo-Bello M, et al. Satisfacción de la población con el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14(6): 571-80
29. Aguirre-Gas H. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Rev Ciruj 2008; 76(2):187-196
30. Programa Nacional de salud 2007-2010, Gobierno Federal de la República.
31. Ortiz-Domínguez M, Hernández-Avila M, Lezana-Fernández M; Programa de acción específico 2007-2012 Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD; Secretaría de Salud; Subsecretaría de Innovación y Calidad, 1ª Edición.
32. Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommaica J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud Pública, 2006

33. Calderón-Ayala N, Mejía-Rodríguez O. Evaluación del riesgo cardiovascular y su relación con satisfacción laboral, desgaste ocupacional y funcionalidad familiar en personal área médica UMF 80 Morelia. Tesis de posgrado. Morelia, Michoacán. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. 2012.
34. Díaz-Chávez H, Mejía-Rodríguez O. Evaluación del riesgo cardiovascular y su relación con desgaste ocupacional, satisfacción laboral y funcionalidad familiar en personal administrativo y de servicios generales de la UMF 80 de Morelia, Michoacán. Tesis de posgrado. Morelia, Michoacán. Universidad Nacional Autónoma de México. 2012.
35. Muñoz-Seco E, Coll-Benejam J.M., Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. Aten primaria 2006; 37 (4):209-14.
36. Valderrama-Martínez J, Dávalos-Díaz Guillermina. Factores de satisfacción laboral en médicos familiares del IMSS. Revista de Investigación Clínica 2009; 61(2): 119-126
37. Cabrera-Pivaral C, Franco-Chávez S, et al. Satisfacción Laboral del Profesionales de la Salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002. Rev Med IMSS 2004; 42 (3): 193-198
38. Jorge-Rodríguez F, Blanco-Ramos M.A., Issa-Pérez S, Romero-García L, Gayoso-Díaz P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Aten Primaria 2005; 36 (8):442-7.

39. Cortés-Rubio J.A., Martín-Fernández J, Morente-Páez M, et al. Clima laboral en atención primaria: ¿Qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003; 32 (5): 288-95.
40. Ortiz-Espinoza RM, Muñoz-Suárez S, Torres-Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 527-537
41. Casalino-Carpio G. Calidad del servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta SERVQUAL. *Rev Soc Perú Med Interna* 2008; 21(4): 143-153
42. Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos (ENSAT): Noviembre 2011; Pulso Mercadológico S.C./ Transparencia Mexicana A.C.

XVI. ANEXOS

Anexo 1.- Carta de Consentimiento Informado.

Anexo 2.- Cuestionario de satisfacción profesional CVP35.

Anexo 3.- Cuestionario SERVQUAL de calidad en la atención.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán a los días del mes de de 2011.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Satisfacción profesional del médico de primer nivel y su relación con la calidad en la atención percibida por los pacientes.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

Los objetivos del estudio son: Determinar si existe asociación entre la satisfacción laboral del médico de primer nivel con la calidad de la atención percibida por los derechohabientes. Conocer la calidad de vida laboral del médico de primer nivel de atención, estimada por el cuestionario CVP-35 y los factores sociodemográficos asociados a la misma. Determinar el grado de calidad de atención percibida por el derechohabiente con el constructo SERVQUAL y los factores sociodemográficos asociados a la misma.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del médico o paciente: _____

Firma y nombre del investigador responsable: _____

Nombre y firma del testigo: _____

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL (CVP-35)

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____ Turno laboral _____

Situación laboral: Base _____ Suplente _____ Estado civil _____ Antigüedad _____

Instrucciones: las siguientes son aseveraciones a cerca del grado de satisfacción que tiene usted con situaciones que suceden en su ambiente laboral. Favor de calificar su grado de satisfacción con las mismas con una escala del 1 al 10, en donde el número 1 equivale a completamente insatisfecho y el número 10 a muy satisfecho.

1 Cantidad de trabajo que tengo.		18 Falta de tiempo para mi vida personal	
2 Satisfacción con el tipo de trabajo.		19 Incomodidad física en el trabajo	
3 Satisfacción con el sueldo.		20 Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito.	
4 Posibilidad de promoción.		21 Carga de responsabilidad	
5 Reconocimiento de mi esfuerzo.		22 Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto.	
6 Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo.		23 Tengo autonomía o libertad de decisión.	
7 Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo.		24. interrupciones molestas	
8 Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo.		25. Estrés (esfuerzo emocional)	
9 Motivación (ganas de esforzarme)		26. Capacitación brindada por la empresa necesaria para hacer mi trabajo.	
10 Apoyo de mis jefes.		27. Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	
11 Apoyo de mis compañeros.		28. Variedad en mi trabajo.	
12 Apoyo de mi familia.		29 Mi trabajo es importante para la vida de otras personas.	
13 Ganas de ser creativo.		30 Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas.	
14 Posibilidad de ser creativo.		31 Lo que tengo que hacer queda claro	
15 Capacidad para desconectarme al terminar de laborar.		32 Me siento orgulloso de mi trabajo	
16 Recibo información de los resultados de mi trabajo		33 Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	
17 Conflictos con otras personas de mi trabajo		34. Calidad de vida en mi trabajo.	
		35. Apoyo de mis compañeros en el caso de tener responsabilidades directivas.	

ANEXO 3

CUESTIONARIO SERVQUAL PARTE 1: EXPECTATIVAS DEL USUARIO

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____ Estado civil _____

Instrucciones: en base a sus experiencias como usuario de los servicios que ofrece el IMSS en la Unidad de Medicina Familiar 80, por favor piense, en el tipo de institución de salud que podría ofrecerle un servicio de excelente calidad. Piense en el tipo de institución de salud con la que usted se sentiría complacido por su atención otorgada. Por favor, indique en qué medida usted piensa que esta institución de salud debería tener las características descritas en cada declaración. Si usted siente que una de las características mencionadas, NO es para nada esencial para un servicio de salud excelente como el que usted tiene en mente haga un círculo alrededor del número 1. Si cree que es una característica absolutamente necesaria para considerar como excelente a una empresa de salud, haga un círculo alrededor de número 7 y, si cree que sus convicciones al respecto, no son definitivas, haga un círculo alrededor de los números intermedios. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Este cuestionario es ANÓNIMO.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Las instituciones de salud excelentes tienen equipos de apariencia moderna.							
2. Las instalaciones físicas de las instituciones de salud excelentes son visualmente atractivas							
3. Los médicos de las instituciones de salud excelentes tienen apariencia pulcra.							
4. En una institución de salud excelente, los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.							
5. Cuando las instituciones de salud excelente prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen.							
6. Cuando el usuario tiene un problema, las instituciones de salud excelentes muestran un sincero interés en solucionarlo.							
7. Las instituciones de salud excelentes realizan bien el servicio a la primera vez.							
8. Las instituciones de salud excelentes concluyen el servicio en el tiempo prometido.							
9. Las instituciones de salud excelentes insisten en mantener expedientes exentos de errores.							

Satisfacción profesional del médico y su relación con la calidad en la atención.

10. En una institución de salud excelente, los médicos comunican a los usuarios cuándo concluirá la realización del servicio.							
11. En una institución de salud excelente, los médicos ofrecen un servicio rápido a sus pacientes.							
12. En una institución de salud excelente, los médicos siempre están dispuestos.							
13. En una institución de salud excelente, los médicos nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los pacientes.							
14. El comportamiento de los médicos de las instituciones de salud excelente transmite confianza a sus pacientes.							
15. Los pacientes de las instituciones de salud excelentes se sienten seguros en sus transacciones con la Institución.							
16. En una institución de salud excelente, los médicos siempre son amables con los pacientes.							
17. En una institución de salud excelente, los médicos tienen suficientes conocimientos para responder a las preguntas de sus pacientes.							
18. Las instituciones de salud excelentes dan a sus pacientes atención individualizada.							
19. Las instituciones de salud excelentes tienen horarios de trabajo convenientes para todos sus pacientes.							
20. Una institución de salud excelente tiene médicos que ofrecen una atención personalizada a sus pacientes.							
21. La institución de salud excelente se preocupa por los intereses de sus pacientes.							
22. Los médicos de las instituciones de salud excelentes comprenden las necesidades específicas de sus pacientes.							

CUESTIONARIO SERVQUAL PARTE 2: PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

	1	2	3	4	5	6	7
1. La UMF 80 tienen equipos de apariencia moderna.							
2. Las instalaciones físicas de la UMF 80 son visualmente atractivas							
3. Los médicos de la UMF 80 tienen apariencia pulcra.							
4. En la UMF 80, los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos.							
5. Cuando el personal de la UMF 80 promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace.							
6. Cuando el usuario tiene un problema, el personal de la UMF 80 muestra un sincero interés en solucionarlo.							
7. El personal de la UMF 80 realiza bien el servicio a la primera vez.							
8. El personal de la UMF 80 concluye el servicio en el tiempo prometido.							
9. La UMF 80 insisten en mantener expedientes exentos de errores.							
10. En la UMF 80, los médicos comunican a los usuarios cuándo concluirá la realización del servicio.							
11. En la UMF 80, los médicos ofrecen un servicio rápido a sus pacientes.							
12. En la UMF 80, los médicos siempre están dispuestos.							
13. En la UMF 80, los médicos nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los pacientes.							
14. El comportamiento de los médicos de la UMF 80 transmite confianza a sus pacientes.							
15. Los pacientes de la UMF 80 se sienten seguros en sus transacciones con la Institución.							
16. En la UMF 80, los médicos siempre son amables con los pacientes.							
17. En la UMF 80, los médicos tienen suficientes conocimientos para responder a las preguntas de sus pacientes.							
18. La UMF 80 da a sus pacientes atención individualizada.							
19. La UMF 80 tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus pacientes.							
20. La UMF 80 tiene médicos que ofrecen una atención personalizada a sus pacientes.							
21. La UMF 80 se preocupa por los intereses de sus pacientes.							
22. Los médicos de la UMF 80 comprenden las necesidades específicas de sus pacientes.							

