



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 28 "GABRIEL MANCERA"  
DIRECCIÓN  
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No.28**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

**VIVIANA ALVAREZ DEL  
ANGEL**

**ASESOR: DR. JOSÉ OMAR CHACÓN ROMERO  
DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA**



MÉXICO D. F.

REGISTRO: R-2015-3609-4

FEBRERO, 2015



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.

DIRECCION REGIONAL CENTRO  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 28 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Título:

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

Trabajo de tesis que con motivo de obtener la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

**Dra. Viviana Alvarez Del Angel**

Médico Residente de 3° año de la especialidad de Medicina Familiar

**Lugar de trabajo:** Consulta Externa

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 7821220102                      **Fax:** sin fax

**e-mail:** vivitz\_hnsn@hotmail.com

ASESORES:

**Dr. José Omar Javier Chacón Romero**

Especialista en Urgencias Médico Quirúrgicas. Jefe de Servicio de Urgencias UMF  
No. 28

**Lugar de trabajo:** Jefatura de Urgencias

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 55 32 20 95 13                      **Fax:** sin fax

**e-mail:** jose.chaconr@imss.gob.mx; josechacon@outlook.com

**Dra. Ivonne Analí Roy García**

Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialidad en Medicina  
Familiar UMF No. 28

**Lugar de trabajo:** Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

**Adscripción:** Unidad de Medicina Familiar N° 28 "Gabriel Mancera"

**Tel:** 55 32 20 95 13                      **Fax:** sin fax

**e-mail:** ivonne.roy@imss.gob.mx; ivonne3316@yahoo.com.mx

## **AUTORIZACION DE AUTORIDADES**

---

**DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO**  
DIRECTORA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

---

**DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

---

**DRA. IVONNE ANALI ROY GARCÍA**  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

**REGISTRO: R-2015-3609-4**

**AUTORIZACION DE ASESORES:**

---

**DR. JOSÉ OMAR JAVIER CHACÓN ROMERO**  
ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICO QUIRURGICAS  
JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

---

**DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA**  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PROFESOR TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28

**REGISTRO: R-2015-3609-4**



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 29/01/2015

**DR. JOSE OMAR JAVIER CHACON ROMERO**

**P R E S E N T E**

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

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en 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-2015-3609-4

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**  
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## DEDICATORIA

La residencia es una etapa de vida trascendental, un proceso de crecimiento acelerado; academica y emocionalmente. Al inicio no sabia que esperar de ella, me sentia como una niña, ávida de que pasaran cosas, haciendo, leyendo, trabajando, caminando en todas direcciones, con pura proyección a corto plazo.. entonces te conocí, alguien que desde una perspectiva mas sobria veia esta aventura como una oportunidad de cambio, de desarrollo personal, de aprendizaje y maduréz, no voy a decir que me has transformado, pero si me complementas. Eres mi hemisferio izquierdio, mi lado racional, el sereno, el narciso, el adorable. Sin intención hiciste tolerables los momentos dolorosos del camino, me ayudaste a ver la medicina desde otra perspectiva, eres sincero, leal y todo lo que puede definir a un gran amigo.

Gracias Victor .

Agradezco infinitamente a la Doctora Ivonne Analí Roy García, por todo el apoyo brindado en los momentos buenos, pero principalmente en los difciles del proyecto, por todas las horas dedicadas a este trabajo y por los momentos estresantes que le hice pasar a sus frágiles coronarias, una gran consejera y amiga, gracias por todas sus enseñanzas académicas y extraacadémicas a lo largo de estos tres años.

A mis papás, quienes siempre estan orgullosos de mi, aun cuando me falta mucho por llegar a la meta, aveces hasta cuando tengo mis dudas, ustedes van seguros de que lograre mis objetivos. Han vivido esta carrera y especialidad desde el asiento de enfrente, siempre comprensivos, siempre pacientes. Abriendome todas las puertas que habia querido tocar. Aunque los tenga lejos, en la distancia se que no me dejaran flaquear siendo siempre los dos pilares de mi vida. Gracias por enseñarme que el éxito es de quien lo cultiva y lo demás .. "mamá naturaleza te lo da". Los amo mamá y papá, nada de esto seria posible sin ustedes.



## ÍNDICE

1. RESUMEN	10
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1    Antecedentes	11
2.1.1    Satisfacción	13
2.1.2    Antecedentes en México	16
2.2.    Calidad	18
2.2.1    Dimensión técnica	23
2.2.2    Dimensión interpersonal	23
2.2.3    Comodidades	23
2.3    Elementos de la calidad de la atención	23
2.3.1    Disponibilidad y oferta de insumos	23
2.3.2    Capacidad técnica del prestador de servicios	24
2.3.3    Relaciones interpersonales	24
2.3.4    Mecanismo de seguimiento	24
2.3.5    Organización de servicios	24
2.4    Instrumentos para evaluar la satisfacción de usuarios de servicios de salud	25
2.5    Urgencia médica real	26
2.6    Urgencia sentida	27
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
4. JUSTIFICACIÓN	29
5. OBJETIVO	30
5.1    Objetivo general	30
5.2    Objetivos específicos	30
6. MATERIALES Y MÉTODOS	31
6.1    Tipo de estudio	31
6.2    Población, lugar y tiempo	31
6.3    Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	31

6.4	Criterios de selección	32
6.4.1	Criterios de inclusión	32
6.4.2	Criterios de exclusión	33
6.4.3	Criterios de eliminación	33
6.5	Variables del estudio, definiciones conceptuales y operacionales.	33
6.5.1	Definición operacional de variable	35
6.6	Instrumento de medición	36
6.7	Método de recolección de datos y logística	37
6.8	Plan de análisis estadístico	38
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
8.	RESULTADOS	39
9.	DISCUSIÓN	44
10.	CONCLUSIONES	46
11.	BIBLIOGRAFÍA	46

## **ANEXOS**

Diseño de investigación	51
Cronograma de actividades	52
Carta de consentimiento informado	53
Hoja de recolección de datos	55

## 1. RESUMEN.

### SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

**Investigador:** Dra. Viviana Alvarez Del Ángel, Médico residente de tercer año de Medicina Familiar UMF 28, [vivitiz\\_hnsn@hotmail.com](mailto:vivitiz_hnsn@hotmail.com), 7821220102.

**Asesores:** Dr. Omar Javier Chacón Romero, Médico Especialista en Urgencias Médicas, Jefe del servicio de Urgencias de la unidad de Medicina Familiar No. 28, [jose.chaconr@imss.gob.mx](mailto:jose.chaconr@imss.gob.mx), 5527103246.

Dra. Ivonne Analí Roy García, Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar UMF No. 28 [ivonne.roy@imss.gob.mx](mailto:ivonne.roy@imss.gob.mx), 55 32 20 95 13

**Introducción:** El servicio de Urgencias es un lugar donde surgen situaciones que modifican la calidad de la atención, puesto que el tiempo de espera y la calidad del servicio dependen de manera proporcional a la cantidad de usuarios que solicitan atención y al personal médico en turno, que al no existir un equilibrio entre estos, puede derivar en espera prolongada antes de recibir la primera atención, generando insatisfacción de los derechohabientes.

La satisfacción es uno de los indicadores más importantes de la prestación de servicios representando un producto de buena calidad, demostrando un adecuado comportamiento y un objetivo principal de toda empresa.

En el IMSS un paciente satisfecho es consecuencia de una buena calidad, por lo que la percepción de cada usuario se convierte en una de las medidas principales para evaluar cómo y que mejorar de la atención médica.

Los resultados del estudio concluyeron que existe un grado alto de insatisfacción en los usuarios del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera”, relacionado estadísticamente con los tiempos de espera referidos como inadecuados y con la información ofrecida por el personal médico que realizó la valoración de primer contacto.

La disparidad evidenciada entre la insatisfacción del paciente y la resolución del problema o la recurrencia al servicio puede deberse al desarrollo objetivo y real de una buena asistencia, basada solamente en la resolución de problemas y no en el proceso que debe atravesar el paciente para llegar a dicha solución. Es importante subrayar que una de las debilidades en la realización de este estudio fue el hecho que no todos los individuos encuestados fueron los pacientes, debido a que los pacientes pediátricos no fueron quienes respondieron la encuesta sino sus acompañantes. Sin embargo, los resultados de este estudio puede ser un punto de partida desde el cual afrontar posibles y/o calidez.

**Objetivo:** Conocer el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No.28 durante el periodo comprendido de Marzo a Abril de 2015 para evaluar la calidad del servicio de atención ofrecido en esta unidad a través de la aplicación del Instrumento López-Madurga.

**Metodología:** El diseño del presente estudio es transversal, observacional, analítico. Se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” de la delegación Benito Juárez, en el Distrito Federal, del Instituto Mexicano del Seguro Social; la muestra fue de 231 pacientes que recibieron atención en el servicio de urgencias. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta pacientes que recibieron consulta en el servicio de urgencias de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar numero 28 a los servicios de primer contacto y observación, pacientes que tengan más de 18 años de edad, pacientes que sepan leer y escribir y pacientes que acepten participar en el estudio. Se medirá la satisfacción del usuario mediante el cuestionario “López - Madurga 1999”, La puntuación global de la calidad de atención se valora en una escala del 0 al 10, tomando en cuenta puntajes menores de 8 como insatisfechos y mayores de 8 como satisfechos. Dicho instrumento es auto aplicable, el cual valora la satisfacción a través de los siguientes indicadores: Tiempo de Triage, tiempo de atención médica, tiempo de resultados, trato recibido por el personal de enfermería y personal médico, información recibida por el personal médico, instalaciones de sala de espera, instalaciones del consultorio donde fue atendido.

**Diseño estadístico:** El manejo y análisis de los datos recabados se realizó con el programa estadístico SPSS V 18, se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas mediante el cálculo de media, desviación estándar, mediana y proporciones. Respecto a las variables cualitativas como el tiempo de triage, tiempo de atención y resolución del problema se utilizaron porcentajes así como una tabla de distribución de frecuencias. Se realizó un análisis bivariado en el cual las variables del tiempo de triage y el tiempo de atención son variables ordinales, y la variable de la resolución del problema es nominal, se utilizó una prueba no paramétrica que corresponde a la prueba de Chi cuadrada. Se considerará un valor de  $p < 0.05$  para el rechazo de la hipótesis de nula.

**Palabras clave:** Calidad de atención y satisfacción.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Desde sus orígenes el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas o sociales. El espíritu de superación, unido a la satisfacción que reporta, conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y a perfeccionar lo previamente establecido (1).

Uno de los principios básicos de cualquier estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de salud es el cumplimiento de metas de calidad.

Los esfuerzos por evaluar la calidad datan desde antes de Cristo, en China e India donde existieron estándares que determinaban quienes podían practicar la medicina y posteriormente hacia el año de 1140 surgieron en Italia los esfuerzos para licenciar a todos los médicos (2,3)

En este sentido, los estudios que evalúan la calidad inician en Estados Unidos mediante el movimiento moderno de garantía de calidad en el año de 1917, cuando el Colegio Americano de Cirujanos reunió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud diferentes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por La comisión conjunta sobre la Acreditación de organización Sanitaria (4).

Podemos considerar que el interés por la gestión de la calidad, comienza con Frederick Winslow Taylor, economista estadounidense, promotor de la organización científica del trabajo y padre de la administración científica, quien denomina la “dirección sistémica Taylorista” el cual promulgaba la realización de tareas específicas, observando los procedimientos de los trabajadores y midiendo la salida del producto. (5,6)

Walter Shewhart el padre del control estadístico en 1939 escribió Método estadístico desde el punto de vista del control de calidad, en el que analizó por primera vez un concepto para la resolución de

problemas, el que, con el tiempo, se convertiría en la base del proceso de mejoras a la calidad de cuatro pasos conocido como “ciclo planificar-hacer-verificar-actuar”. Al concepto puede denominarsele ciclo de Shewhart (7).

Otro de los autores de interés fue Deming que inició su carrera con el control estadístico de la calidad, pero la entrada de los Estados Unidos a la segunda guerra mundial y la demanda excesiva de productos por parte de los aliados provocó que las empresas americanas se orientarán a la producción en masa, satisfaciendo dicha demanda en un mercado estandarizado y cerrado, dejando de lado las ideas de Shewhart, Deming y otros precursores de la calidad (6,8,9).

Phillip B. Crosby empresario estadounidense, en 1952, inició con trabajos relacionados con la calidad en una escuela médica y posteriormente hacia 1979 fundó “Phillip Crosby Asociados” y “Phillip Crosby Asociados II”, para el proceso de mejora de la calidad en donde se utilizan un programa de 14 principios básicos enfocados en “hacerlo correctamente la primera vez” y “cero errores”. Actualmente vigentes, permaneciendo actualmente como uno de los principales institutos de calidad (10).

Josep M. Juran sistematizó los conceptos y técnicas desarrolladas hasta entonces, erigiéndose además en lo que podríamos denominar el movimiento de la calidad. En 1954, convierte el control de la calidad en instrumento de la dirección de la empresa conocido como Gestión Sistemática del Control de Calidad y describe la calidad como la adecuación de los productos y servicios al uso para el cual han sido concebidos y desarrolló una trilogía de calidad: establecer un plan de calidad, efectuar el control de calidad e implantar la mejoría de la calidad. Su fundamento básico de la calidad, es que sólo puede tener efecto en una empresa cuando esta aprende a gestionar la calidad para impartir sus conocimientos, crea el Instituto Juran de la Calidad, desarrolló un interesante cuerpo doctrinal que en parte sigue estando vigente en la actualidad a través de la Gestión de la Calidad Total (7,10).

En los ochenta, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales de la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares (6).

Las organizaciones de salud en Estados Unidos comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo de la calidad y de la administración total de la calidad. En Inglaterra, el servicio nacional de salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció al proceso de mejoramiento continuo de la calidad como la manera más rentable de ponerla en práctica (11).

#### 2.1.1. Satisfacción

La satisfacción se refiere a la complacencia del usuario en función de sus expectativas por el servicio recibido, y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio. La satisfacción es una medida importante de resultado del proceso asistencial, además es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios (9).

La opinión de los pacientes es un resultado que aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas. Precisamente estas expectativas tienen peculiaridades según el lugar en donde se presenta la asistencia. En el servicio de urgencias se produce un contacto breve, con gran carga de ansiedad y difícil seguimiento posterior, además supone una actividad muy importante en los centros hospitalarios, así como la primera línea de contacto de muchos usuarios con el sistema hospitalario (12).

Hall y Dorman refieren que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la cantidad de información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de los servicios de salud, el tiempo de espera y variables de tipo sociodemográficas como edad y sexo entre otras (13,14).

Un estudio de Thomas y colaboradores, demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, es por eso que uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de la calidad de los servicios de salud consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los usuarios (9).

Los métodos de medición más generalizados utilizan encuestas como medio para analizar el grado de satisfacción, y la opinión respecto de su estado actual. El principal método utilizado para ello es el SERVQUAL, instrumento desarrollado por Parasuraman cuyo objetivo es la medición de la calidad del servicio, donde se incluyen las dimensiones de fiabilidad, interés, garantía y empatía (12).

Algunos instrumentos para medir la satisfacción fueron desarrollados por Blendo, quien para diez países trató de establecer una medida de la satisfacción partiendo de un cuestionario en el que constaban un número de preguntas estandarizadas y consensuadas para que a partir del mismo, se pudiera esclarecer la opinión de la población hacia a calidad de los servicios de salud (13).

Es importante diferenciar entre la calidad de técnica y funcional. Gröroos propone que el contenido de lo evaluado en la calidad de los servicios, se puede componer básicamente de las siguientes dimensiones: 1) La calidad teórica o resultado del proceso de prestación del servicio, es lo que los clientes reciben, que se ofrece en el servicio; la calidad del producto ofrecido, tiene mayor criterio objetivo, por lo tanto mayor dificultad de evaluación por los clientes; y, 2) La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso (calidad de prestación del servicio), experiencia del cliente con el proceso de producción y consumo, se refiere a la forma de como se presta el servicio. Esta relacionada directamente con la interacción del cliente con el personal de servicio, es la relación médico-paciente y acciones de revisión y diagnóstico (14).

Uno de los modelos que mejor resume el nivel de calidad alcanzado por una organización desde el punto de vista de sus clientes, es el Parasuraman; Zeithaml y Berry se distinguen dos partes claramente diferenciadas pero relacionadas entre sí; la primera hace referencia a la manera en que los clientes se forman una opinión sobre la calidad de los servicios recibidos y la segunda refleja las diferencias que pueden producirse dentro de las organizaciones, lo que provoca una falta de calidad en el suministro a los clientes (12).

A través de la gerencia moderna surgió la necesidad de crear culturas corporativas participativas, de responsabilidad colectiva e individual, centradas en la satisfacción de los demandantes de servicio, por ese motivo las instituciones de salud retoman las experiencias previas de la satisfacción empresarial y la adoptan como indicadores objetivos de la evaluación de calidad percibida por el usuario de los servicios de salud (15).

De tal manera que en la década de los noventa surge un nuevo concepto denominado calidad total en el cual se lleva a la práctica la búsqueda diaria de mejores estándares, con adopción de objetivos y conocimiento explícitos por todos los miembros de la institución, además del monitoreo constante de la satisfacción del usuario (16,17,18).

Las investigaciones de la calidad de servicios relacionadas con el procesamiento cognitivo de la información han tenido un sesgo, incluso más acentuado que con lo relacionado a la satisfacción, de hecho, la gran mayoría de estudios sobre el tema ni siquiera se plantea la posibilidad de tener en cuenta aspectos emocionales de la calidad y asocian su definición y medida exclusivamente a lo cognitivo (16).

Desde esta perspectiva se considera la calidad como un servicio instrumental, es decir, utilitarista, existirá calidad cuando el servicio cumpla, desde la perspectiva del usuario, su función. No obstante, no hay acuerdo a la hora de entender cuál es el proceso cognitivo que lleva a los individuos a valorar que un servicio cumple o no con su función (19,20).

La satisfacción está relacionada con el tamaño y las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio. Por otro lado, la definición más aceptada de calidad del servicio se basa en el concepto de calidad percibida, que considera al cliente como el único juez de la calidad, que permite emitir opiniones relacionadas en su satisfacción (15,21).

En un principio la calidad se asociaba con las secciones de inspección y control, donde a través de un análisis estadístico se trataba de determinar si la producción cumplía con los estándares de calidad previamente establecidos (22).

El marco conceptual de Bruce incluye seis elementos de calidad de atención en la prestación de servicios; selección de métodos, información proporcionada al cliente, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos para motivar la continuidad y una constelación apropiada de servicios que concluyan con la satisfacción del usuario (5).

Históricamente, para los profesionales de la salud, la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo. Para los



elaboradores de políticas y los financiadores, entre los elementos clave con respecto a la calidad, figuran el costo, la eficacia y los resultados para las poblaciones en su totalidad (10).

### 2.1.2. Antecedentes en México

La calidad en la prestación de los servicios de salud es un tema de gran importancia y a su vez de difícil manejo dentro del contexto actual, en el cual el mayor enfoque ha sido dirigido hacia los aspectos administrativos financieros, dejando en segundo plano lo que constituye garantizar el servicio público de salud en términos de calidad (1).

En el campo de la salud, el objetivo principal del control de la calidad es garantizar que todo prestador de servicios ofrezca siempre la misma atención de buena calidad a todos los clientes (1).

La evolución de la sociedad mexicana en las últimas décadas obedece múltiples factores como el cambio demográfico, el incremento del nivel del grado de escolaridad de la población, profundos cambios en lo económico, intereses y valores emergentes, nuevas formas de asociación u organización social, cambios tecnológicos e internacionalización. La población mexicana está conformada en su mayor parte por personas jóvenes cuyas expectativas de salud pública a futuro, han sido consideradas en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, en el que se señala que a plenitud de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas (23).

En México, se inician los primeros estudios sobre la calidad en el Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social con base en la revisión de expedientes clínicos; donde en 1970 se hace mención al expediente clínico como instrumento para evaluar la atención médica otorgada a los pacientes a través de trabajos de González y Lee (24).

Otras publicaciones que nos hablan de la evaluación de la calidad y eficiencia nos permiten valorar la atención médica otorgada a los pacientes; existen trabajos que evalúan la importancia de la relación médico-paciente como los trabajos de Puches, Tamayo y Garduño (23).

El primer programa en el país de Garantía de Calidad se elabora en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud así como el programa de Garantía de la Calidad en el primer nivel de atención; y

se crea la primera unidad de estudios sobre la calidad de la atención a la salud en el Instituto Nacional de Salud Pública de México (23).

En la década de los ochenta con González y colaboradores, diseñan el Sistema de Educación Médica, Progreso y Perspectiva; basado en la evaluación integral de la calidad de atención médica, además se da a conocer la primera edición de libros de Avedis Donabedian sobre la calidad de la atención médica (25).

En México, se crea la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud por medio del Congreso Mundial de Calidad de Atención formado en 1992, que analiza a los médicos familiares observando su perfil académico, satisfacción del usuario y la prestación del servicio del médico, donde menciona que no existe diferencia alguna en la satisfacción del usuario si su médico esta o no capacitado para el primer nivel de atención, lo que permite darnos cuenta de la importancia que tiene la satisfacción e insatisfacción de parte del médico como el paciente y la mejoría de la calidad de atención (26).

Bronfman como parte de los prestadores de servicios de salud menciona la gran necesidad de garantizar que los insumos necesarios para la operación de los servicios lleguen con oportunidad, asimismo se refiere a la necesidad de que los médicos conozcan el concepto que los usuarios tienen de ellos (27).

La satisfacción laboral y la evaluación de la calidad de la atención médica, con el fin de mejorar las condiciones de la prestación de los servicios de salud, debe tomar importancia la satisfacción del trabajador en el departamento de sus funciones y lo define como un elemento importante en la calidad de la atención médica (28,29).

El interés de la calidad de la atención en México y en muchos países se ha manifestado de diferentes maneras; así lo menciona el doctor Ruelas en sus diferentes publicaciones tales como: "Calidad, Productividad y Costos", "Nuevos horizontes de la Calidad de Atención a la Salud"; donde refiere la organización en el área académica como en la prestación de los servicios con el objetivo de difundir métodos para mejorar y evaluar los diferentes niveles de la calidad (26).

Bobadilla como investigador, se interesó particularmente por la equidad en salud, fue pionero en la medición de la calidad de la atención prenatal y del parto, su interés se enfocó en las consecuencias

externas y dolorosas de la inequidad en el acceso a servicios de calidad para la atención del embarazo, el parto y el puerperio (26).

En México se han desarrollado trabajos que evalúan la calidad de la atención en función de la satisfacción que el cliente interno tiene en relación a su papel laboral de tal manera que la calidad de las funciones que desempeña el personal de salud y su productividad tienen que ver con los modelos de atención a la salud y su apego a normas y estándares de atención (30).

Por otro lado, Sandoval efectuó, en instituciones de la Seguridad Social, un análisis de la satisfacción del usuario relacionada con variables de tipo organizacional que tienen que ver con la disponibilidad en insumos, con el número y perfil de los prestadores de servicios así como factores relacionados con la accesibilidad de tipo administrativa (30).

En el país se han realizado estudios de la satisfacción en unidades de primer nivel que significan el primer contacto que el usuario tiene con los servicios de salud por lo que los datos de estudio de Morales permite demostrar la necesidad de realizar intervenciones tan sencillas como el manejo de mejores relaciones interpersonales, esto es entre el médicos, el personal y el paciente (31).

Campos analizó la satisfacción que el usuario hospitalizado referida de la atención médica, en este sentido, el autor se cuestiona la mayor vulnerabilidad que tiene este paciente hacia las acciones de revisión, diagnóstico y dimensión interpersonal. De la misma manera, Moguel evaluó la influencia que la satisfacción representaba para la comprensión de la adherencia al tratamiento de los pacientes pediátricos en una unidad de segundo nivel de atención infantil (32,33).

El nivel federal diseñó una estrategia nacional denominada Cruzada Nacional por la Calidad, en la cual el sector Salud vislumbra un cambio histórico, constituyéndose un eje de transformación en el cual la calidad mantiene como primordial eje la satisfacción del paciente (34).

## 2.2. Calidad

La calidad es definida como una filosofía entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y

la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dimensión de resultado de la atención (1).

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de los que él espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consistencia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio (35).

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad (36).

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. Está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si sus expectativas son bajas o si tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes (37).

Donabedian es conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para manejar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar su determinación conceptual y la validez de sus postulados, al referir que cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa (2,36).

Esta es una definición que aunque consideramos bastante extensa, es muy completa, porque nos permite realizar un análisis ulterior de su contenido.

La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia; el primero, que calidad es la totalidad de funciones, características o comportamiento de un bien o servicio. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando todas las características, funciones o comportamientos (36).

En el segundo concepto se considera cuando un bien o un servicio es de calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores. Aquellos que no lo logran, no se consideran de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio médico, no percibirá que fue atendido de buena manera, no habrá recibido una atención de calidad (36).

El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, este no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado (3).

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos, tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente (36).

La calidad de la atención incluye generalmente dos grandes aspectos. La satisfacción del paciente y sus familias con el trato que reciben y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales.

La calidad se ha definido en el área de servicios personales, donde es posible apreciar la relación entre su producción y las satisfacción de necesidades, sea esto en el ámbito individual como en el social; y se ha hecho énfasis en el señalamiento de que se trata de un atributo que puede ser poseído en diferentes grados de acuerdo a normas establecidas, por lo que es susceptible de someterse al proceso administrativo al tratarse de algo objetivo y por lo tanto medible (37).

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes.

La dimensión interpersonal es lo que se ha dado en llamar la calidez de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su plena satisfacción. Como puede verse, una mejor calidad de los servicios significa mayor salud y bienestar para los individuos y las poblaciones (37).

En el área de la salud, la calidad se ha definido en muchas formas, desde la perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. No obstante, otros definirán la calidad principalmente como el hecho de cubrir los deseos de cliente (24).

La definición en calidad creada por la Organización Mundial de la Salud abarca las perspectivas de todos estos grupos: “La calidad de atención consiste en el desempeño adecuado de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición” (37).

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados. El adoptar un enfoque centrado en el usuario suele requerir un cambio de actitud. Aun cuando tratan de restar servicios de buena calidad, la mayoría de los prestadores de servicios y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al usuario. Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes (24).

La mayoría de los esfuerzos para mejorar la calidad en el campo de la salud se han enfocado en la prestación de servicios y en otros factores relacionados con los suministros. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios (37).

La orientación hacia el usuario también proporciona una nueva perspectiva con respecto a la administración de programas. También se debe cubrir lo deseos y las necesidades de los miembros del personal si ellos han de motivarse y prestar servicios de buena calidad constantemente. Por lo tanto, los proveedores iniciales y sus supervisores pueden considerarse, en terminología administrativa “clientes internos” (9).

En los servicios de salud centrados en el usuario, el usuario es lo primordial en todo momento de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios. El usuario es el experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades, y en base a su experiencia el personal de salud reunió información sobre los usuarios para crear y ofrecer servicios adecuados. Las preferencias de usuario guían todo aspecto de la prestación de servicios, desde el horario de la clínica hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones (15).

Asimismo, los servicios centrados en el usuario continúan valorando la pericia de los profesionales de salud. Los prestadores de servicios poseen habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al usuario a tomar decisiones informadas, para garantizar la seguridad del usuario y para mantener la calidad técnica de atención.

Calidad es un concepto relativo que se define como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las cosas restantes de su especie”. De igual modo toma el concepto de ser “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (38).

Donabedian después de 30 años de trabajo, continúa haciendo propuestas no sólo para definir, sino para medir y evaluar la calidad de la atención médica (38).

Una de las últimas propuestas que intenta concluir todo lo ya mencionado, define a la calidad como la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Así, se consideran las llamadas dimensiones de la calidad, que son, por decirlo de alguna manera, los tres ámbitos en los que se hace evidente el grado de calidad con que se otorgan los servicios de salud a la población (38).

### 2.2.1. Dimensión técnica

Consiste en que el prestador de servicios de salud debe contar con los conocimientos y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del usuario, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario no necesariamente paciente, con un mínimo de riesgos (38).

### 2.2.2. Dimensión interpersonal

Interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios. Involucra una actitud de atención e interés por servir por parte de este, pero además el respeto y la confiabilidad mutua que deben enmarcar la relación (38).

### 2.2.3. Comodidades

Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio; incluye las condiciones físicas y de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y provado (38).

## 2.3. Elementos de la calidad de atención

### 2.3.1. Disponibilidad y oferta de insumos

La calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente (36).

Calidad es responder a la necesidad del cliente. El primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo. Es mejor dar la información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud (36).



### 2.3.2. Capacidad técnica del prestador de servicios

La capacidad técnica abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud. También incluye la existencia de normas, protocolos y asepsia para prestar estos servicios. La falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones y/o complicaciones. Obviamente estos riesgos pueden conllevar al temor y a disminuir la afluencia de la población usuaria (36).

### 2.3.3. Relaciones interpersonales

Este elemento se verifica a la dimensión personal del servicio. Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud. Por todas las personas que interactúan con él. En todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar (36).

### 2.3.4. Mecanismo de seguimiento

Se refiere a que los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al servicio de salud (36).

### 2.3.5. Organización de servicios

Este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades preexistentes. Existen muchas maneras de mejorar (36,38):

- Disminuyendo el tiempo de espera.
- Ofreciendo diversidad de servicios de salud.
- Haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente durante su visita.
- Dándole atención y el tiempo necesario para aclarar sus dudas.
- Información del flujograma de atención del servicio de salud.

- Ofreciendo precios accesibles.

En las diferentes propuestas la calidad ha sido un problema difícil de conceptualizar y evaluar, y tanto las instituciones como el personal de salud han tenido que afrontarla a escala mundial.

Conforme lo anterior, se ratifica que el acto médico no debe separarse del contexto total de atención ya que incluye, además del clínico, el dominio socio-organizativo para romper el paradigma en el cual se considera a la calidad como implícita por el hecho de ser médico o enfermera, o de contar con hospitales o consultorios, o en el que se equipara a la cantidad con la calidad: a mayor calidad de servicios mayor cantidad.

Calidad en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Se hace evidente la necesidad de complementar las evaluaciones ya existentes con indicadores que permitan medir el desempeño global de los sistemas, lo cual significa cuantificar el grado en que los sistemas de salud alcanzan sus objetivos finales.

#### 2.4 Instrumentos para evaluar la satisfacción de usuarios de servicios de salud

El instrumento López-Madurga (1999), es un instrumento validado en población latinoamericana y mexicana para su uso en estudios epidemiológicos y de exploración sanitaria que incluye las variables que se consideran más relevantes sobre la satisfacción del usuario de servicios de urgencias en primer nivel de atención: tiempo de triage, el tiempo de resultados, el trato recibido por el personal de enfermería y médico, la información recibida por el personal médico, las instalaciones de la sala de espera y del cuarto donde fue atendido, así como la resolución del problema que lo llevó a solicitar el servicio (39).

Este instrumento ha sido utilizado en estudios previos con pruebas piloto inicialmente como encuesta telefónica y posteriormente aplicada a grupos de estudio en primer nivel de atención, a los cuales se han

aplicado las fórmulas  $\alpha$ -Cronbach ( $\alpha > 0.5$  con 73% de confiabilidad y 27% de error), por lo tanto, este instrumento es válido y confiable para su aplicación en estudios epidemiológicos (40).

## 2. 5 Urgencia médica real

La norma oficial mexicana PROY-NOM-027-SSA3-2011 para la regulación de los servicios de salud, en la cual se establecen los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica define el término urgencias, sin embargo no hace diferenciación en el tipo de urgencias y no hay algún documento oficial que especifique la diferencia entre una urgencia real o sentida. (41)

Villatoro, define urgencia médica real a todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención médica inmediata, se considera a todo padecimiento de origen agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata. (42)

En el artículo de Díaz et al se hace mención al caso urgente, definido como aquel paciente que por las características de su afección corre el riesgo de muerte, complicaciones o agravamiento de su padecimiento o sus síntomas, en corto o mediano plazo, y que requiere recibir tratamiento de urgencia en cualquiera de sus modalidades. También se considera como caso urgente a los pacientes con problemas patológicos crónicos en crisis de agudización, o a aquel paciente que por la intensidad de sus síntomas, ya sean físicos o psíquicos, requiere de una intervención médica de urgencia para aliviarlos, que no puede ser proporcionada en el consultorio. De igual manera otros autores concuerdan con que el padecimiento urgente tipo real es aquel que pone en peligro la vida. (43)

De acuerdo al Manchester Triage Group, las urgencias reales serán aquellas clasificadas en los niveles 1/rojo, 2/naranja y 3/amarillo, las cuales requieren de atención inmediata, muy urgente y urgente, respectivamente.

## 2.6 Urgencia sentida

En el trabajo mencionado de Díaz et al se define caso no urgente como aquellos casos no considerados en la definición anterior, en los que la terapéutica inicial de urgencia no produce cambios significativos en su evolución, y que pueden esperar de 24 a 48 h para ser tratados por su Médico de Familia. No obstante, desde el punto de vista del paciente, algunas veces son consideradas como urgencias sentidas o subjetivas. Villatoro define también urgencia médica sentida como todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, sin embargo casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. (43)

El Manchester Triage Group no define una urgencia sentida, sin embargo, sus niveles 4/verde y 5/azul son clasificados como padecimientos normales y no urgentes, respectivamente<sup>7</sup>. De manera que podrían ser tomados en cuenta como una urgencia sentida que según definiciones anteriores, estas enfermedades podrían esperar a ser atendidos por consulta con su médico familiar ya que casi nunca son graves.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad en los servicios de salud médica, se requiere de un sistema que gestione la calidad de los servicios, en una etapa inicial es pertinente establecer el ciclo del servicio para identificar los puntos de contacto del cliente con la organización y conocer los niveles de desempeño en cada uno de esos puntos. La gestión de calidad se fundamenta en la retroalimentación al cliente sobre la satisfacción o frustración en los momentos de verdad propios del ciclo del servicio. Estudios de calidad en atención, han demostrado que en los casos de deficiencias en la calidad, son críticas las acciones para recuperar la confianza y resarcir los prejuicios ocasionados por los fallos.

Cuando nos referimos a la calidad de servicio es útil considerar este concepto de momento de la verdad pues denota ese preciso instante en el que el cliente entra en contacto con la organización y, sobre la base de ese contacto, se forma una opinión sobre la calidad del servicio, y la hace extensiva a la calidad del producto o servicio recibido.

En 1999 se realizó un estudio en el hospital clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza por parte del servicio de Medicina preventiva y servicio de urgencias, con la intención de conocer la satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos, ubicándose en un tercer nivel de atención. En el 2008 se llevó a cabo una investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital General Regional 1 en la ciudad de Querétaro, enfocado a conocer la satisfacción de los pacientes en la consulta externa de dicho hospital. Sin embargo no existe en México un estudio de satisfacción del usuario en un servicio de urgencias enfocándose en un primer nivel de atención, por lo que resulta relevante un estudio de esta naturaleza para determinar la perspectiva del usuario ante nuestra práctica diaria y así detectar aciertos para ser reforzados y fallas para ser mejoradas.

Con este estudio se pretende conocer el nivel de insatisfacción del usuario del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No.28 en 2015 para evaluar la calidad del servicio de atención ofrecido en esta unidad y así conocer ¿Cuál es el nivel de satisfacción en el servicio de urgencias de la UMF 28 a través de la aplicación del Instrumento López-Madurga?

#### 4. JUSTIFICACIÓN

En 2007, en el IMSS se realizó una investigación acerca de la satisfacción de usuarios de una UMF en la cual se encuentra que la atención de primer contacto se realizaba con cita previa concertada telefónicamente hasta el 85% de los casos, se logró un 66% de usuarios satisfechos con la atención recibida por el médico familiar y el 68% con el tiempo de espera, mientras que en otras unidades donde solo el 28% de usuarios habían realizado cita telefónica previa, la satisfacción con la atención del médico familiar fue del 48% y con el tiempo de espera el 44%. Este bajo porcentaje de derechohabientes satisfechos es propiciado por la manera en que se desempeñan los servicios, su forma de organización y la capacidad resolutoria de los mismos, propiciada a su vez por el tiempo disponible del médico para la realización de las consultas y el tipo de estandarización de las mismas.

Por lo tanto la importancia principal de la realización de este estudio radica en conocer la percepción del usuario específicamente en un escenario de urgencias médicas, puesto que, a diferencia del estudio realizado en la consulta externa de Medicina Familiar, en el servicio de Urgencias surgen varias situaciones que modifican la calidad de atención, puesto que el tiempo de espera y la calidad del servicio depende de manera proporcional a la cantidad de consulta de primer contacto y al personal médico en turno, lo cual, al no existir un equilibrio entre estos, puede ocasionar tiempo de espera prolongado y el tiempo disponible para la realización de la valoración de urgencias, generando insatisfacción del usuario.

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y la cual se le otorga cada vez más importancia, incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, ya que la satisfacción representa la experiencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene una persona con respecto a algo. Si se pretende ofrecer servicio de mayor calidad y formar instituciones de excelencia, entonces la evaluación de la satisfacción de los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo se está y que falta para llegar a cumplir la expectativa de uno y otros.

La orientación de los servicios hacia la demanda de quienes lo utilicen esta cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores en el ámbito sanitario. En este sentido el análisis de la opinión de los usuarios incorpora las perspectivas de los ciudadanos en el marco global de la

evaluación de los programas de salud. Asimismo de manera empírica se observa insatisfacción en los usuarios del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No.28, derivado probablemente de tiempos de espera largos y el trato recibido por parte del personal de asistentes médicos, enfermeras y médicos entre otras, lo que da cuenta de la visión integral de los enfoques de estructura, procesos y resultados que se consideran necesarios para la evaluación de la calidad del servicio ofrecido por parte de esta unidad en este servicio, acto imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria.

La percepción del paciente se convierte, por lo tanto, en una de las medidas principales para evaluar cómo y que mejorar de la calidad de la atención. Por todo lo anterior la presente investigación pretende conocer el grado de satisfacción global de los usuarios del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No.28 y analizar posibles factores que puedan influir en la percepción de calidad, y por lo tanto, de satisfacción en relación a la atención recibida.

Como prestadores de servicios de salud, la calidad del servicio y la eficiencia del trabajo debe ser evaluado por los usuarios a quienes tratamos y servimos, por lo cual el realizar este estudio es una oportunidad para el personal de salud del Servicio de Urgencias de la UMF 28, incluyendo médicos residentes, adscritos y personal de enfermería de conocer como es evaluado su trabajo, puntualizando los aspectos positivos para un reforzamiento de los mismos y los aspectos negativos para conocerlos y así posterior al reconocimiento del problema se puedan establecer estrategias para mejorar dicho servicio en la práctica clínica en el futuro.

## 5. OBJETIVO

### 4.1. Objetivo general.

- Conocer, a través de la aplicación del instrumento López Madurga 1999, el grado de satisfacción de la atención médica recibida en los pacientes que acudan a consulta de primer contacto y observación en el servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No.28.

### 4.2. Objetivos específicos.

- Conocer el grado de satisfacción de los pacientes en el servicio de Urgencias UMF28 con respecto a la atención otorgada por el personal de salud (enfermeras, médicos adscritos y médicos residentes).

- Determinar las características sociodemográficas asociadas a las personas encuestadas y su relación con el nivel de satisfacción.
- Determinar el nivel de satisfacción percibida de acuerdo al tipo de urgencia (real o sentida) que haya presentado el paciente encuestado.
- Medir la frecuencia en que se soluciona el problema del motivo de consulta del paciente encuestado.

## 6. MATERIALES Y MÉTODOS

### 6.1. Tipo de estudio

- Según el número de una misma variable o el período y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.
- Según la intención comparativa de los resultados del estudio: DESCRIPTIVO.
- De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

### 6.2. Población, lugar y tiempo.

El estudio se realizará con pacientes que acuden a consulta de primer contacto en el servicio de Urgencias en la unidad de medicina familiar No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social el período comprendido entre Marzo-Abril del 2015.

### 6.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se determinará usando la siguiente fórmula y se integrará la muestra por muestreo aleatorio simple:

a) Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{z^2 pq N}{(N-1)e^2 + z^2 pq}$$



n= tamaño de muestra requerido

N= tamaño de la población = 36000

Z=nivel de fiabilidad al 95% (estándar 1.96)

p= proporción o prevalencia de 12

q=1-p

e= margen de error (estándar 0.05) =193 + 20% (Considerando las pérdidas)

**Total= 231 pacientes**

**Ver referencia No. 44**

#### 6.4. Criterios de selección

##### 6.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan a recibir atención médica al servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar numero 28 a los servicios de primer contacto y observación.
- Pacientes mayores de 18 años de edad, que acudan a consulta al servicio de urgencias de Medicina Familiar No 28 y que hayan recibido atención médica.
- Que sepa leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio.

##### 6.4.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica como demencia, depresión, ansiedad sin tratamiento o con descompensación de la enfermedad.
- Que cursen con un padecimiento que altere el juicio, la conducta y la atención.
- Con déficit auditivo y visual.

#### 6.4.3. Criterios de eliminación

- Individuos que no completen el cuestionario.
- Instrumentos con llenados de manera o alterados para su interpretación.

#### 6.5. Variables del estudio, definiciones conceptuales y operacionales:

### **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

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

**Definición operacional:** Se medirá la satisfacción del usuario mediante el cuestionario “López - Madurga 1999”. La puntuación global de la calidad de atención se valora en una escala del 0 al 10, tomando en cuenta puntajes menores de 8 como insatisfechos y mayores de 8 como satisfechos.

Dicho instrumento es auto aplicable, el cual valora la satisfacción a través de los siguientes indicadores:

- Tiempo de triage. Es el que transcurre desde que el enfermo llega hasta que se le pregunta el motivo por el que acude a urgencias.

- Tiempo de atención médica. Es el tiempo que transcurre desde que el paciente llega a sala de espera, hasta que algún médico atiende al paciente.
- Tiempo de resultados. Es el que hay que esperar desde que se pide una prueba de cualquier tipo, hasta que llegan los resultados de la misma.
- Trato recibido por el personal de enfermería. Expresión subjetiva derivada de todas aquellas acciones que haya realizado el personal de enfermería en el paciente.
- Trato recibido por el personal médico. Expresión subjetiva que se desprende de las acciones de cualquier índole que el personal médico realiza en el paciente durante la consulta de primer contacto.
- Información recibida por el personal médico. Expresión subjetiva del paciente sobre la calidad de la información que el personal médico manifiesta con respecto al diagnóstico, tratamiento, pronóstico, evolución del problema motivo de consulta.
- Instalaciones de sala de espera. Expresión subjetiva sobre el acondicionamiento de la sala de espera que permite la expresión de cualidades de comodidad y seguridad en el paciente.
- Instalaciones del cuarto donde fue atendido. Expresión subjetiva sobre el espacio físico en el que fue atendido el paciente durante su consulta de primer contacto.

### 6.5.1. Definición operacional de variable

VARIABLE SATISFACCIÓN DEL USUARIO		TIPO	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	VALOR ASIGNADO
Satisfacción del usuario.	Satisfacción global de la calidad de atención recibida		Cuestionario de López Madurga (1999)	
	Satisfacción de atención recibida	Cuantitativa		9-10 puntos: Satisfecho < 8 puntos: Insatisfecho
	Tiempo de triage	Cualitativa Nominal		Adecuado Inadecuado
	Tiempo de atención médica	Cualitativa Nominal		Adecuado Inadecuado
	Tiempo de resultados	Cualitativa Nominal		Adecuado Inadecuado
	Trato recibido por el personal de enfermería	Cuantitativa		9-10 puntos: Satisfecho < 8 puntos: Insatisfecho
	Trato recibido por el personal médico	Cuantitativa		9-10 puntos: Satisfecho < 8 puntos: Insatisfecho
	Información recibida por el personal médico	Cuantitativa		9-10 puntos: Satisfecho < 8 puntos: Insatisfecho
	Instalaciones de sala de espera	Cuantitativa		9-10 puntos: Satisfecho < 8 puntos: Insatisfecho
	Instalaciones en el cuarto donde fue atendido	Cuantitativa		9-10 puntos: Satisfecho < 8 puntos: Insatisfecho
	Resolución del problema	Cualitativa nominal		Resuelto No resuelto
	Recurrencia al servicio	Cualitativa nominal		Regresaría No regresaría
	Usuario de servicio de urgencias	Cualitativa nominal		Usuario de servicio de urgencias

Covariables: Se tomará en cuenta edad, género, escolaridad y urgencia real o sentida.

#### COVARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	CODIFICACION DE DATOS
<b>EDAD</b>	Cantidad de años cronológicamente transcurridos a partir del nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativa	Años
<b>GÉNERO</b>	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres	Cualitativa nominal dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
<b>ESCOLARIDAD</b>	Tiempo en el que un individuo asiste a un centro de establecimiento docente con el fin de adquirir aptitudes culturales viables en la sociedad en la que se desarrolla	Cualitativa, ordinaria	1. Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 3. Preparatoria o carrera técnica 4. Licenciatura o posgrado.
<b>TIPO DE URGENCIA</b>	Urgencia sentida. Situación que en opinión del paciente su familia o quien quiera que tome la decisión, requiere de atención médica inmediata pero que desde el punto de vista médico no implica un riesgo grave a la salud.  Urgencia real. Padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte	Cualitativa	1. Real 2. Sentida

#### 6.6. Instrumento de medición

El cuestionario para evaluar la satisfacción del usuario del servicio de urgencias, diseñado por López-Madurga (1999) contiene 3 preguntas en relación a tiempos de espera en cada una de las fases que sigue un paciente cuando acude al servicio de urgencias: Tiempo de triage, Tiempo de atención médica y Tiempo de resultados; solicitando al usuario que se valoren estos tiempos como “adecuado” e “inadecuado”.

En las siguientes cinco preguntas el paciente tiene que calificar en una escala entre 0 y 10 puntos aspectos relacionados con el trato personal y la información que se les ha proporcionado, así como la organización y estructura física del servicio, de los cuales un resultado menor a 8 confiere insatisfacción y mayor a 8 satisfacción.

Se les pide que puntúen globalmente la calidad de la atención recibida, y se les pregunta su opinión en relación a dos cuestiones fundamentales: si perciben que su problema se ha solucionado y si volverán a

utilizar el servicio de urgencias en caso de ser necesario. Por último se les invita a hacer las sugerencias que consideraran oportunas.

#### 6.7. Método de recolección de datos y logística

Se seleccionaron de manera aleatoria simple 5 pacientes cada día hasta un total de 231, los que fueron entrevistados por el médico residente que realiza el estudio a la salida del servicio de urgencias, en la sala de espera al término de su consulta. Se tomaron en cuenta todos aquellos pacientes que recibieron atención médica en el servicio de Urgencias en el área de primer contacto y observación de la unidad de medicina familiar número 28. Se asegura la confidencialidad, privacidad y anonimato de las respuestas y ofreció la posibilidad de no completar el cuestionario en cualquier momento si así lo desease y/o el acceso a ayuda si esta fuese solicitada expresamente, todo esto en un periodo comprendido de 10-15 minutos por paciente.

Después se le solicitó a cada uno de los participantes completar una hoja de datos sociodemográficos adjunta a cada uno de los reactivos de las escalas proporcionadas, en las que se invertirán 10 minutos aproximadamente para concluir las.

- Tipo de aplicación:  
Individual / Auto aplicable.
  
- Recursos humanos
  1. Un residente de Medicina Familiar.
  2. Asesores - Expertos.
  
- Recursos materiales:
  1. Hoja de datos generales que incluye: edad, género, escolaridad, diagnóstico de la enfermedad.
  2. Un cuestionario de evaluación de satisfacción del servicio de urgencias López-Madurga (1999).

3. Lápices y plumas, computadora e impresora.

4. Sistema operativo Linux y Office 2012.

- Recursos financieros:

1. Los gastos del presente estudio serán costeados por el investigador.

#### 6.8. Plan de análisis estadístico

El manejo y análisis de los datos recabados se realizaron en el programa estadístico SPSS V 18, se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas mediante el cálculo de media, desviación estándar, mediana y proporciones. Respecto a las variables cualitativas como el tiempo de triage, tiempo de atención y resolución del problema se utilizarán porcentajes así como una tabla de distribución de frecuencias. Se realizó un análisis bivariado en el cual las variables del tiempo de triage y el tiempo de atención son variables ordinales, y la variable de la resolución del problema es nominal, se utilizó una prueba no paramétrica que corresponde a la prueba de Chi cuadrada. Se consideró un valor de  $p < 0.05$  para el rechazo de la hipótesis de nula.

### 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a las Disposiciones Generales del Reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983.

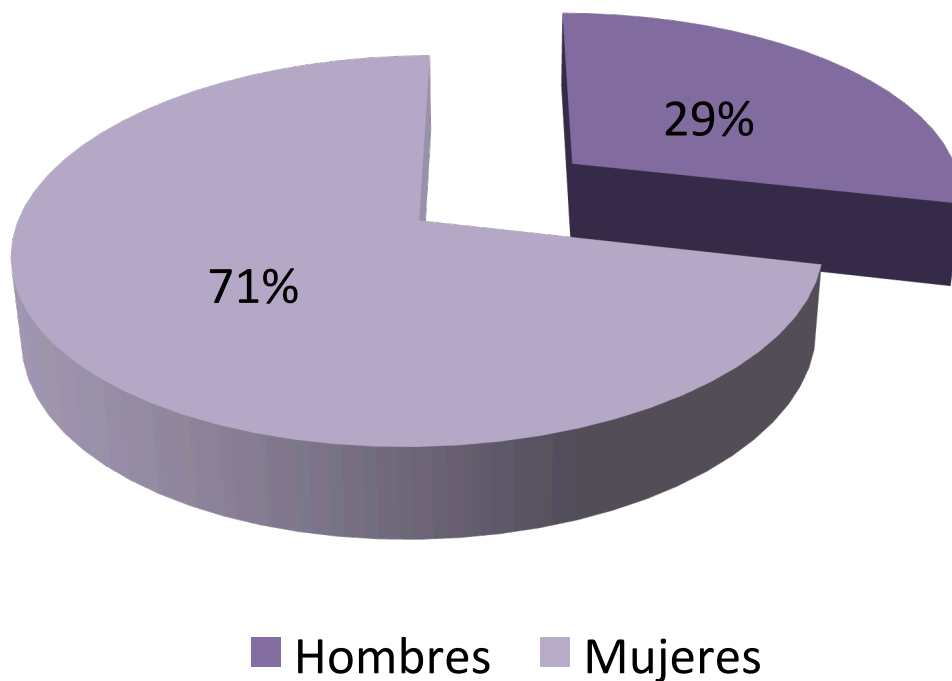
De acuerdo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, en esta investigación prevalecerá el criterio al respeto de la dignidad humana y protección de los derechos y el bienestar de los participantes.

Con el fin de cumplir con lo que establece el Artículo 21, Fracción I, IV, VI, se explicó en forma clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, los beneficios que pudiera obtenerse y la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración en cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación de los participantes.

## 8. RESULTADOS

Se encuestaron 231 pacientes, de los cuales 165 fueron mujeres y 66 hombres (Figura 1), que oscilaron entre 26-78 años de edad (Media 51, Mediana 53, Moda 47, Desviación estándar 11.59). Por otro lado, en la figura 2 se muestra que, de los pacientes encuestados, 86 (37%) contaban con escolaridad primaria, 65 (28%) secundaria, 53 (23%) bachillerato, 22 (10%) licenciatura y 5 (2%) con posgrado (Figura 2).

□



**Figura 1. Porcentaje de pacientes masculinos y femeninos encuestados.**

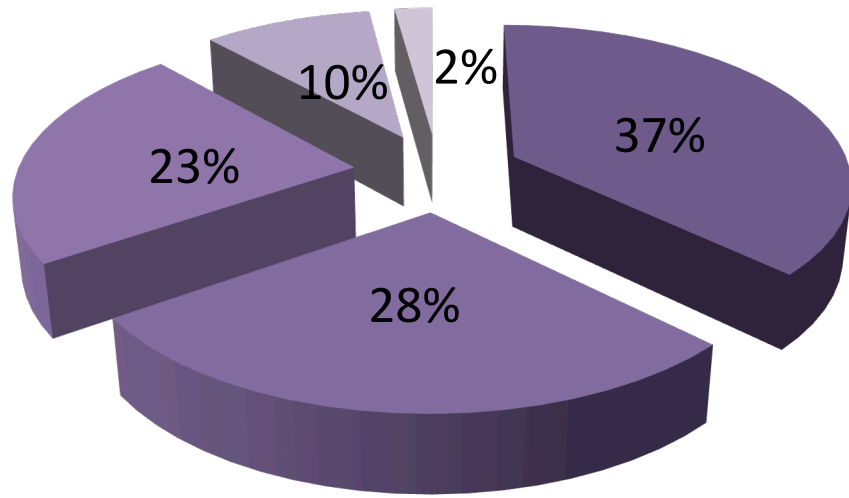
Asimismo, para valorar la satisfacción de los pacientes por tiempo de espera, en la figura 3 se muestra que 170 (74%) pacientes califican como adecuado el tiempo de triage mientras que 61 (26%) lo catalogan como inadecuado.

En la figura 4 y 5 se muestran los porcentajes de individuos que califican el tiempo de espera de atención médica y para la obtención de resultados de laboratorio respectivamente. Así, 110 (48%) clasifican como adecuado el tiempo de espera para atención médica y 121 (52%) como inadecuado. Para el tiempo de



espera para obtención de resultados de laboratorio, 111 (48%) lo catalogan como adecuado y 120 (52%) como inadecuado.

□



■ Primaria    ■ Secundaria    ■ Bachillerato  
■ Licenciatura    ■ Posgrado

Figura 2. Porcentaje de pacientes encuestados según escolaridad referida.

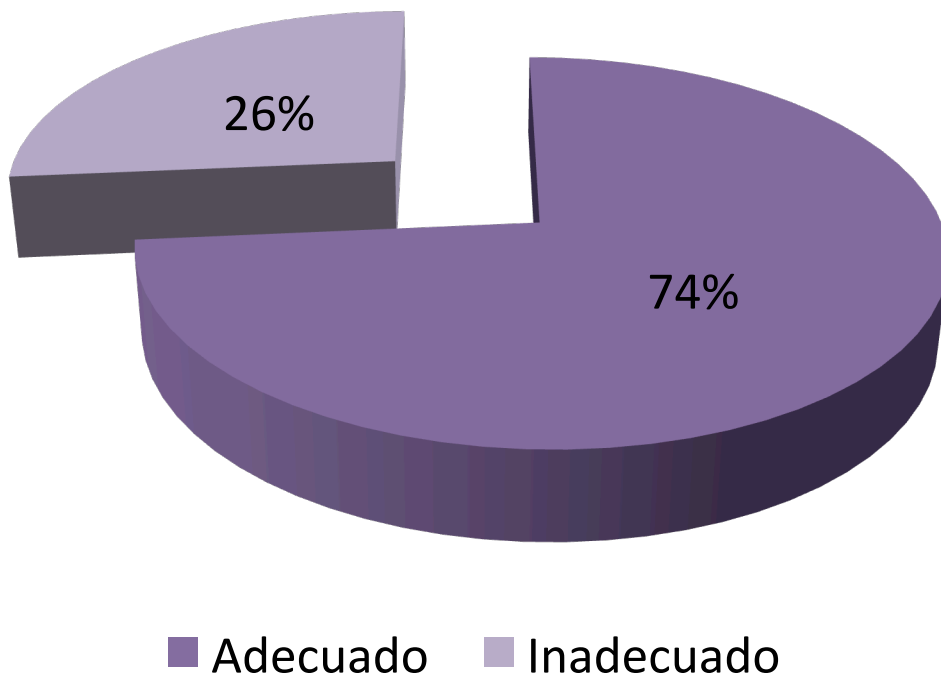


Figura 3. Clasificación del tiempo de espera para triage.

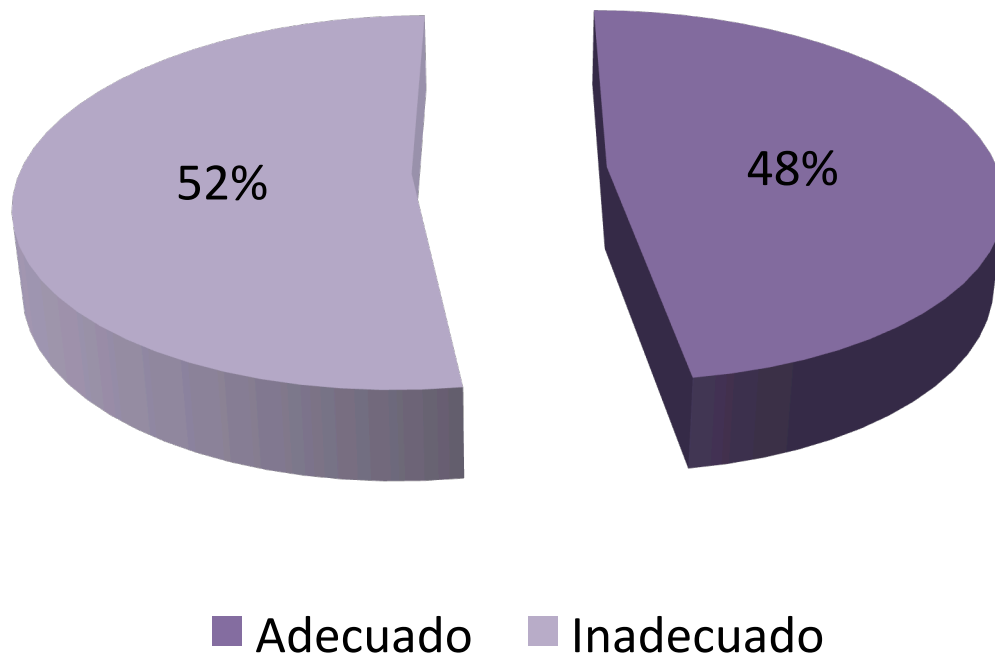
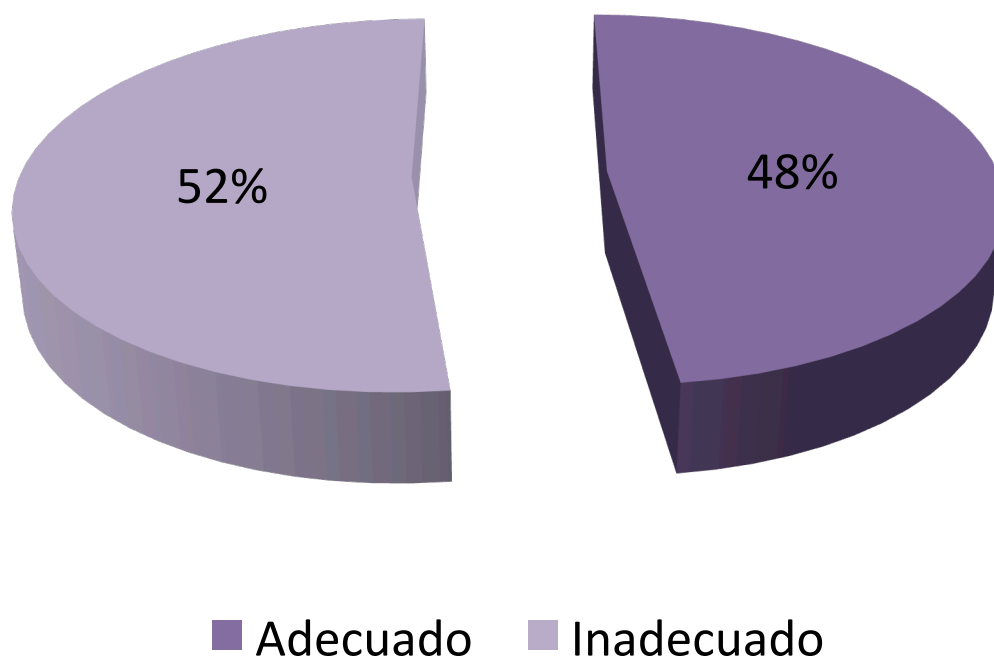


Figura 4. Clasificación del tiempo de espera para atención médica.



**Figura 5. Clasificación del tiempo de espera para obtención de resultados de laboratorio.**

En la tabla 1 se muestran las puntuaciones obtenidas para el trato recibido por el personal de enfermería, el personal médico, la información recibida por el personal médico, las instalaciones de sala de espera, la infraestructura del espacio en donde se recibió la valoración y la calificación global del servicio obtenido según la percepción del individuo encuestado. Se puede observar que según los parámetros preestablecidos, cada una de las variables se clasificaría como satisfactorias al contar con puntuación media mayor a 8 no así en la satisfacción global de la calidad de atención recibida y en la información recibida del personal médico, en la que se obtuvieron valores promedio menores a 8.

**Tabla 1. Puntuaciones obtenidas según percepción de pacientes encuestados.**

	TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL MÉDICO	INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL MÉDICO	INSTALACIONES DE SALA DE ESPERA	INSTALACIONES DEL CUARTO DONDE FUE ATENDIDO	SATISFACCIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA
<b>Media</b>	8.09	8.13	7.78	8.44	8.35	7.58
<b>Valor máximo</b>	10	10	10	10	10	10
<b>Valor mínimo</b>	5	5	4	5	4	5

<b>Desviación estándar</b>	1.28	1.30	1.65	1.25	1.60	1.67
<b>Moda</b>	9	8	7	9	9	7
<b>Mediana</b>	8	8	8	9	9	7

Así mismo, en la figura 6 se puede observar el porcentaje de pacientes según la resolución de su problema; de los cuales, 161 (70%) pacientes lo catalogan como resuelto y 70 (30%) no resuelto; mientras que en la figura 7 se muestra la recurrencia al servicio de urgencias, en donde se puede observar que 141 (61%) optan por regresar y 90 (39%) deciden no hacerlo. Al aplicar la prueba de  $\chi^2$  entre la calificación global del servicio obtenido con el tiempo de espera para atención médica, tiempo de espera para obtención de resultados y la información recibida por el médico, se obtienen valores de  $P < 0.001$ ,  $0.003$  y  $0.002$ , respectivamente; lo que indica relación estadística entre estas variables y se puede inferir su dependencia para que el paciente manifieste satisfacción en la atención médica recibida, independientemente de si él mismo considera su problema resuelto o la recurrencia posterior al mismo servicio para una valoración posterior (figuras 6 y 7).

□

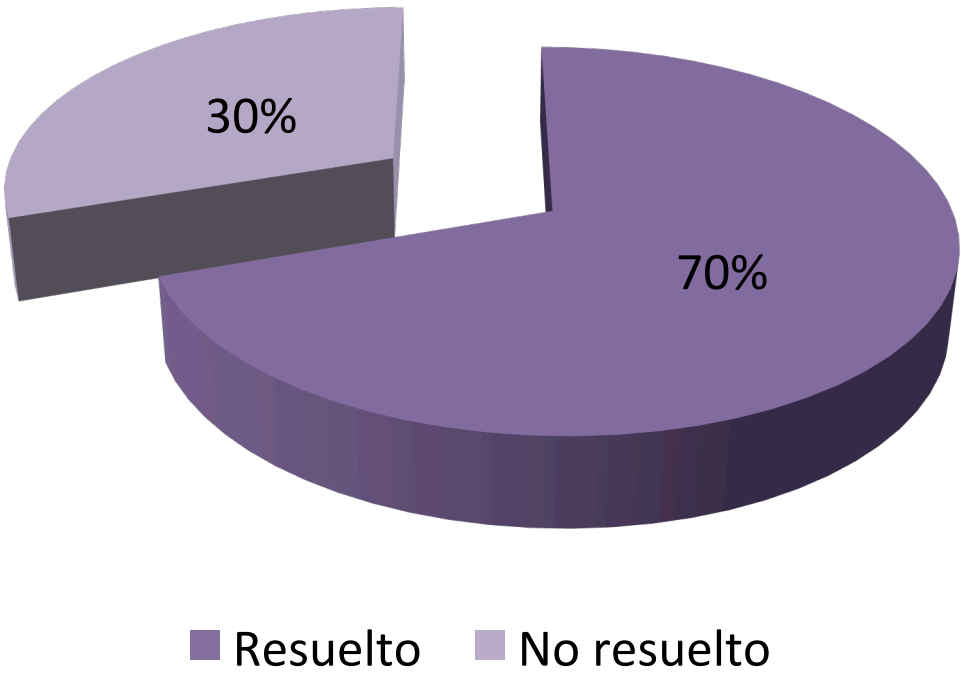
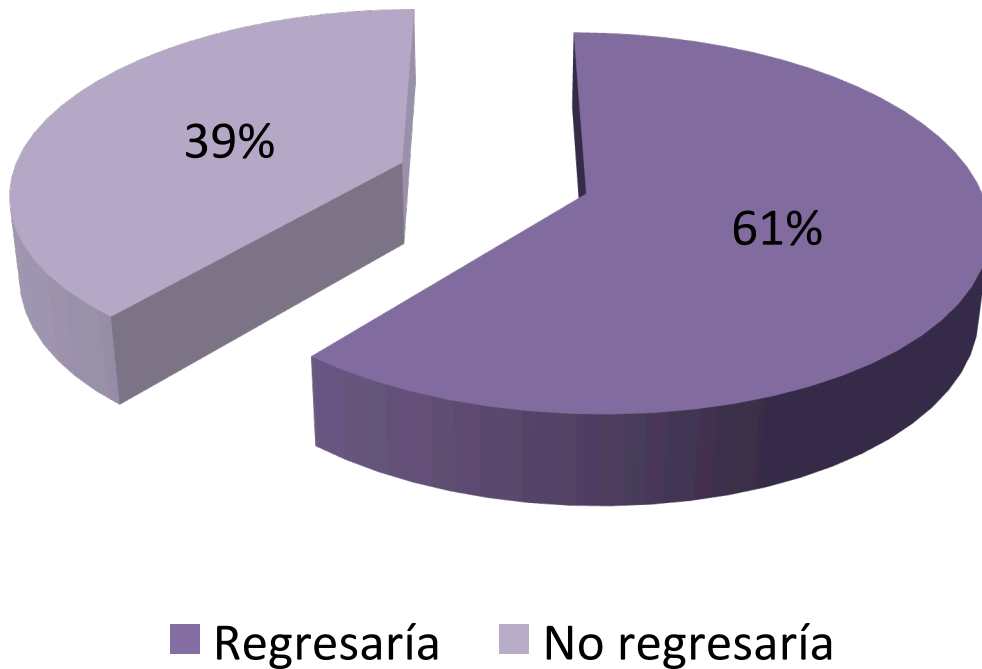


Figura 6. Clasificación según percepción de resolución del problema.



**Figura 7. Porcentaje de pacientes que regresarían al servicio de urgencias nuevamente.**

## 9. DISCUSIÓN

Los resultados permiten mostrar que existe un alto grado de satisfacción en la mayoría de las variables incluidas en este estudio, excluyendo la satisfacción global del servicio otorgado y la información recibida por el personal médico, calificadas como insatisfactorias y con una relación estadística comprobable. Krishel y Baraff han mencionado previamente que el 65% de los pacientes consideran al médico como principal recurso a la hora de informarse y que de ello depende directamente el grado de satisfacción del paciente (45). En suma, se sabe que los tiempos de espera, desde que se entra al servicio de urgencias y hasta que sale del mismo, son una de las dimensiones que más directamente se relaciona con la satisfacción final del paciente (46), lo que se demuestra en este estudio, ya que existe significancia estadística entre el tiempo de espera para atención médica y obtención de resultados, valorados ambos como inadecuados en un 52% de los casos encuestados.

La información que recibe el paciente no se comparó con la nota de valoración realizada por el médico, lo que hubiera permitido valorar de una forma más exacta si el paciente realmente había recibido la

información y también si entendió lo que se le estaba informando, independientemente del lenguaje emplea por el médico a una principalmente con educación primaria. Cuando una persona no se siente percibe bien informada, se magnifica la incertidumbre y aumenta su estrés. Crane encontró que el 20% de los pacientes no recuerdan su diagnóstico o su tratamiento a los 10 minutos tras el alta y Choyce y colaboradores refieren que un 20% de las nota de valoración de primer contacto son ilegibles o incomprensibles (47, 48).

En este estudio se trabajó con el tiempo de espera subjetivo, catalogado como inadecuado o adecuado, ya que es el que más se relaciona con la satisfacción del paciente, por lo que para analizar los resultados encontrados, se debe comprender la relación entre el tiempo de espera subjetivo y los factores subjetivos que lo determinan como: el tiempo inocupado, la ansiedad, el estar sólo o no saber cuanto tiempo más resta por esperar (49).

Por otro lado, es frecuente al hacer encuestas de satisfacción el obtener valoraciones muy positivas, no concordante con lo encontrado en este estudio. Ramírez, Nájera y Nigenda encontraron que el 81.2% de la población percibía buena calidad de los servicios de salud mientras que el 18.8% mala (50). En la encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud, se obtuvieron resultados contrastantes, en donde el 82% de los usuarios refería buena calidad en los servicios de salud (51). En la Encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención (elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública), el 72% de los usuarios encuestados percibió que la atención recibida fue buena (52). En la Encuesta de Calidad y Calidez del Instituto Mexicano del Seguro Social, se registró un 80% de casos con buena calidad (53).

A pesar de la relación demostrada entre los tiempos de espera y de la información recibida con la insatisfacción global del paciente. El 70% de los pacientes consideró su problema resuelto y el 61% regresaría al mismo servicio para una valoración posterior, tal vez debido a la calidad técnica con la que fue atendido, a la disponibilidad de servicios de salud en la región o al carácter objetivo del encuestado al responder las preguntas realizadas.

## 10. CONCLUSIONES

Como se ha mencionado antes, existe un grado alto de insatisfacción en los usuarios del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera”, relacionado estadísticamente con los tiempos de espera referidos como inadecuados y con la información ofrecida por el personal médico que realizó la valoración de primer contacto. Cabe mencionar que en la mayoría de los estudios realizados por instituciones gubernamentales para evaluar la calidad o satisfacción de los servicios de salud, las encuestas son elaboradas por personal trabajador de la misma institución, lo que estaría incluyendo algún tipo de sesgo de medición ya que al ser evaluada por el personal podría evidenciar algún tipo de sobreestimación tanto de buena calidad como de satisfacción, por lo que los resultados en este estudio pueden ser más reales y quizá sea la causa de la gran diferencia porcentual de este estudio con respecto a los publicados previamente citadas.

La disparidad evidenciada entre la insatisfacción del paciente y la resolución del problema o la recurrencia al servicio puede deberse al desarrollo objetivo y real de una buena asistencia, basada solamente en la resolución de problemas y no en el proceso que debe atravesar el paciente para llegar a dicha solución.

Es importante subrayar que una de las debilidades en la realización de este estudio fue el hecho que no todos los individuos encuestados fueron los pacientes, debido a que los pacientes pediátricos no fueron quienes respondieron la encuesta sino sus acompañantes. Sin embargo, los resultados de este estudio puede ser un punto de partida desde el cual afrontar posibles y/o calidez.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ardon C. Nelson. Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida. 12 (421) Junio 2003.
2. Frank W. S. M. Verheggen, Peter P. M. Harteloh. La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotecnia. Salud Pública de México mayo-junio de 1993, Vol. 35, No. 3.

3. Chang M., Alemán M., Cañizares M., Ibarra A. Satisfacción de los pacientes con la Atención Médica. *Revista Cubana Medicina General Integral* 1999-15 (5):541-7.
4. Williams T., Schutt-Aliné J., Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción a clientes. *Perspectivas internacionales en planificación familiar. Número especial 20001* 14-23.
5. Bruce J. El movimiento de calidad en el campo de la salud. *Population information program, Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, EUA. Volumen XXVI, Número 3 Noviembre de 1998.*
6. Allen D. Administración de la calidad. *Manual de administración de la calidad. Editorial Panorama.*
7. Jurgen E. Schuldt. Historia de la calidad. El control de la calidad moderno, *American Society for Quality. Sociedad Americana para la Calidad* 1998.
8. Chavez E. Otero J. W. Edwards Deming: El padre de la calidad moderna. *Portal de gerencia y marketing de servicios de salud* 2002. 40-48.
9. Costa Fost J. Evaluación de la satisfacción del paciente. *Departamento de teoría económica. Universidad de Barcelona. 2000. 52.*
10. Padilla, G. Autores de la gestión de la calidad. *Diciembre 2001.*
11. Campbell M. S., Sheaff R., Sibbald B., Marshall M. N., Pickard S., Gask L., Halliwell S., Rogers A., Rolad M. O. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts reconciling quality improvement and quality assurance. *Manchester M139PL, Inglaterra 17 Diciembre de 2001.*
12. Fedoroff P. Comparar funcionamiento de la calidad del servicio del cliente. *Metodología de SERVQUAL de la baya Zeithaml Parasuraman* 88.
13. Mira JJ, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000;114(Supl 3):26-33
14. Ruiz-Olalla, C. (2001): Gestión de la calidad del servicio, *Control de Gestión. Noviembre 1 2002.*
15. Ortiz E. R.; Muñoz J. S.; Lechuga M. D.; Torres C. E. Consulta externa en instituciones de salud Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública Volumen 13 Número 4:229-238.*

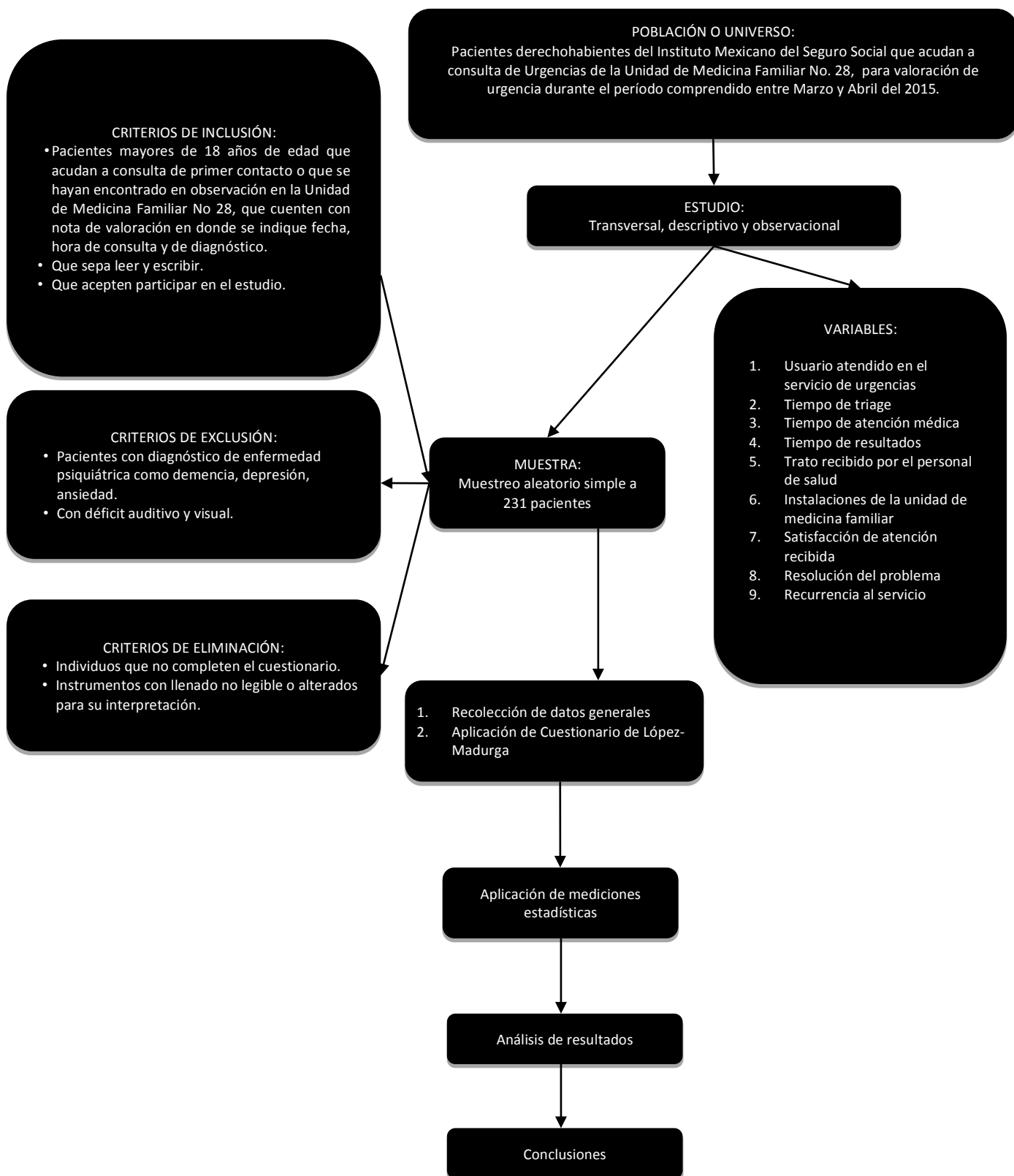


16. Moher D., Pham B., Jones A., J Cook Deborah, R Jadad A., Moher M., Tugwell P., P Klassen T. Does quality of reports of randomized trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet* 1998 352:60913.
17. De la Rosa M. V., García V. A., Sandoval C. J. Evaluación de la calidad de la atención médica en pediatría. Confederación nacional de pediatría de México A. C. ISSN 1405-7808 Volumen 6 Número 1 Enero – Abril 2003.
18. Arapé, J. 1999. Estrategia – Medición y calidad total. Noviembre 15 2002.
19. M N Marshall, P G Shekelle, E A McGlynn, S Campbell, R H Brook y M O Roland. Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care* 2003;12:8-12.
20. N Steel, D Melzer, P G Shekelle, N S Wenger, D Forsyth y BC McWilliams. Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible. *Qual Saf Health Care* 2004;13:260-264.
21. Rodríguez Legido CI. La medida de la satisfacción con la atención en salud. Andalucía 1984-1992. *Gac Sanit* 1995;9:311-5.
22. Chang de la Rosa M., Alemán L M C, García R R, Jorge M R. evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. *Ev Cubana Salud Pública* 2000;24(2):110-6.
23. Vidal L., Reyes H. Diseño de un sistema de monitoris para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud pública de México*. Mayo – Junio 1993 Vol 35 No 3.
24. Aguirre G. Administración de la calidad de la atención médica. *Rev Med IMSS (Méx)* 1997;35 (4):257-264.
25. Navarrete N., Rancel F. Las infecciones nosocomiales y la calidad de atención médica. *Salud Pública Méx.* 1998;41 suppl 1:564-568.
26. Bronfman M., Castro R., Zuñiga E., Miranda C. Hacemos los que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de utilización. *Salud Pública Méx.* 1997;39:564-553.
27. Salinas O. Laguna C. Mendoza. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Méx.* 1994;36:22-29.
28. Ruelas B. Calidad, productividad y costos. *Salud Pública de México*. Mayo – Junio 1993 vol. 35 No 3.
29. Ruelas B., Zurita G. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a a salud. *Salud Pública Méx.* Mayo – Junio 1993, vol 35 No 3.

30. Materson B., Quinatana O. El costo de la garantía de la calidad. *Salud Pública Méx.* 1993;35:305-310.
31. Sandoval P. León C. Rojas O. Cortes F. Gómez G. Marín G. Satisfacción del usuario: análisis comparativo de acuerdo con variables organizacionales. *Rev Med IMSS (Méx)* 1997;35(1):43-47.
32. Morales G. García P. Satisfacción de usuarios en unidades del primer nivel de atención médica. *Rev Med IMSS (Méx)* 1997;35(2):139-143.
33. Campos N. García V. Barrón U. Salazar M. Cobral S. La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de humacas en un hospital rural del sureste de México. *Rev Med IMSS (Méx)* 1997;35(4):265-272.
34. Moguel G, S. A, J. N, S. G. La satisfacción de los usuarios de la consulta externa del hospital infantil de México "Federico Gómez": un parámetro importante para el entendimiento del tratamiento y la enfermedad de los niños. *Calidad de atención a la salud* 1996, (1) 12-17.
35. Programa de acción: cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. Primera edición, 2002. Secretaría de salud.
36. Asorey G. La calidad del servicio y el profesional de la salud. Junio 2003.
37. Bigné E. Moline M. Sánchez J. Calidad y satisfacción en los servicios hospitalarios esenciales y periféricos. Área de comercialización e investigación de mercados. Dpto. de Admón. de empresas y Marketing. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. Universitat Jaume I. Castellón.
38. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Méx.* 1993, Vol. 35 No. 3.
39. E.T. López Madurga. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. Servicio de medicina preventiva y servicio de urgencias. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" de Zaragoza. 1999;11 : 184-190.
40. E.T. López Madurga y J.A. Sánchez. Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias. *Emergencias.* 2005:175-186.
41. Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011 [en línea]. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. *Diario Oficial de la Federación* 22 de febrero 2012.

42. Villatoro A. Definiciones básicas en medicina de urgencias. México [en línea] 2005 [consultado 12 dic 2014]. Disponible en:  
<http://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf>
43. Díaz N., Guinart Z. Las urgencias en la atención primaria. Utilización del servicio. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2007 [consultado 19 dic 2014]; 23(4):1-8. Disponible en:  
[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=48913&id\\_seccion=799&id\\_ejemplar=4957&id\\_revista=69](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48913&id_seccion=799&id_ejemplar=4957&id_revista=69)
44. Talavera PO, Rivas RR, Bernal RP, Palacios CL. Tamaño de muestra. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013, 51 (Supl)536-41.
45. Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. Ann Emerg Med 1993; 22:568-72.
46. Mowen JC, Licata JV, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. J Health Care Marketing 1990;10:6-15.
47. Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med 1997;15:1-7.
48. Choyce MQ, Maitra AK. Satisfaction with the accident and emergency department-a postal survey of general practitioner's views. J Accid Emerg Med 1996;13:280-2.
49. Cordell Wh, Olinger ML, Kozak PA, Nyhuis Au. Does anybody know what time is it? Does anybody really care? Ann Emerg Med 1994;23:1032-6.
50. Ramírez, S., Nájera A. y Nigenda L. Percepción de la Calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Méx. Vol 40 No 1 Cuernavaca. 1998.
51. Salinas O, Laguna C, Mendoza M. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Salud Pública Méx. 1994; 36:22-29.
52. Materson B, Quintana O. El costo de la Garantía de la Calidad. Salud Pública Méx. 1993; 35:305-310.
53. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin 2000; 114(supl 3):26-33.

**ANEXO 1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**



## ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ELEMENTO A REALIZAR	Nov	Dic	Ene (2014)	Feb	Mar	Ene (2015)	Feb	Mar	Abr	May
<i>Elección del tema de investigación</i> <i>Carátula</i> <i>Título del proyecto</i>	X									
<i>Marco teórico</i> <i>Bibliografía</i>			X	X	X					
<i>Planteamiento del problema</i> <i>Justificación</i>		X								
<i>Instrumentos de medición</i>			X							
<i>Objetivos generales y particulares</i> <i>Hipótesis nula y alterna</i>			X							
<i>Metodología:</i> <i>Tipo de estudio</i> <i>Población lugar y tiempo</i> <i>Diseño de investigación</i>			X	X						
<i>Muestra:</i> <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>			X							
<i>Variables:</i> <i>Definición conceptual y operacional</i> <i>Elección estadística</i>			X							
<i>Consideraciones éticas</i> <i>Consentimiento informado</i> <i>Anexos</i>			X							
<i>Registro de protocolo</i>						X	X			
<i>Resultados</i>								X	X	
<i>Discusión</i>										X
<i>Conclusiones</i>										X

### ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28</b>
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera. Se llevará a cabo de Marzo a Abril del 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La percepción del paciente es una medida para evaluar qué aspecto mejorar en la atención médica. La presente investigación pretende conocer el grado de satisfacción global de los usuarios del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No.28 y analizar posibles factores que puedan influir en la percepción de calidad.
Procedimientos:	Se seleccionará de manera aleatoria simple pacientes que hayan recibido atención del servicio de urgencias en la sala de espera de la UMF28, se aplicará el cuestionario "López Madurga" el cual contiene 10 preguntas y que mide la satisfacción del usuario de los servicios de salud, las 10 preguntas evalúan los siguientes parámetros: relacionadas a tiempo de espera, 5 que evalúan el trato personal, información proporcionada, organización y estructura física del servicio y 2 últimas en donde se pregunta si el problema fue resuelto y si volverían a usar el servicio. Se le aplicará el cuestionario "López Madurga" a 5 pacientes cada día hasta un total de 231, los que serán entrevistados por el médico residente que realiza el estudio.
Posibles riesgos y molestias:	No se afectará su integridad física y su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con los resultados se darán a conocer con el fin de reforzar los aspectos positivos de la atención médica de Urgencias, así como establecer estrategias para mejorar los aspectos negativos detectados. Con la finalidad de mejorar dicho servicio en la práctica clínica en el futuro
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	En cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será totalmente confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Javier Omar Chacón Romero E-mail: <a href="mailto:josechacon@outlook.com">josechacon@outlook.com</a> Cel. 5527103246 Dra. Ivonne Analí Roy García E-mail: <a href="mailto:ivonne.roy@imss.gob.mx">ivonne.roy@imss.gob.mx</a> Cel. 5532209513 Dra. Viviana Álvarez del Ángel E-mail: <a href="mailto:vivitiz_hnsn@hotmail.com">vivitiz_hnsn@hotmail.com</a> Cel. 5513067608

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS:  
Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

-

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

-

Nombre, dirección, relación y firma

-

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

-

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: .....

**ANEXO 4. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



**Datos generales:**

Edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Grado de escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de la enfermedad: \_\_\_\_\_

NOTA: La información obtenida de esta encuesta es confidencial, los resultados serán utilizados para la mejoría del proceso de atención médica en el servicio de Urgencias para beneficio del usuario.

**INSTRUCCIONES. Marque con una cruz la opción de respuesta que más se parezca a sus sentimientos acerca de cada uno de los enunciados citados a continuación**

	<b>Adecuado</b>		<b>Inadecuado</b>								
¿Cuánto tuvo que esperar, desde que llegó al servicio de urgencias hasta que se le preguntó el motivo de su visita? Intente calificar el tiempo como adecuado o inadecuado											
¿Cuánto tuvo que esperar hasta que fue atendido por un médico? Intente calificar el tiempo como adecuado o inadecuado											
En caso que se le realizaran pruebas, ¿Cuánto tardaron en llegar los resultados? Intente calificar el tiempo como adecuado o inadecuado											
Marque "0" para si lo considera muy malo y "10" si el servicio le ha parecido excelente.											
<b>Puntúe entre 0 y 10 los siguientes aspectos</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
Trato recibido por parte del personal de enfermería											
Trato recibido por parte del personal médico											
Instalaciones en la sala de espera											
Instalaciones en el cuarto donde fue atendido											
Puntuación global de la calidad de la atención recibida											
Marque con una X si considera que el motivo de consulta fue resuelto o no.							<b>Resuelto</b>		<b>No resuelto</b>		
¿Considera usted que le resolvieron el problema que tenía cuando llegó?											
Marque con una X debajo de la opción que considere correcta.							<b>Regresaría</b>		<b>No regresaría</b>		
Si volviese a necesitar un servicio de urgencias, ¿Volvería a este?											



