



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

Hospital Central Norte De Petróleos Mexicanos

Nivel de satisfacción sobre la atención de la usuaria del servicio de consulta externa de Ginecología en el Hospital Central Norte de PEMEX en el periodo Mayo-Junio 2016

TESIS PROFESIONAL

Para obtener el título de

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DOCTORA CITLALI DONAHI OCHOA LÓPEZ

ASESOR DE TESIS:

DOCTORA MARÍA CRISTINA JUÁREZ CABRERA

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR DE TESIS:



DOCTORA MARÍA CRISTINA JUÁREZ CABRERA

ÍNDICE

PAGINA

Introducción.....	4
Marco teórico	
Antecedentes históricos.....	5
Planteamiento del problema.....	24
Justificación.....	25
Hipótesis.....	26
Objetivo general.....	27
Objetivo específico.....	27
Metodología.....	28
Muestra.....	29
Definición y operacionalización de variables.....	30
Material.....	32
Cronograma de actividades.....	33
Resultados.....	34
Discusión.....	46
Conclusiones.....	47
Referencias.....	48

INTRODUCCIÓN

El propósito del siguiente estudio es conocer el nivel de satisfacción sobre la atención que existe en nuestras usuarias de la consulta externa por parte del personal de salud, para finalmente presentar una propuesta en busca de mejorar la calidad del servicio brindado en esta institución.

La OMS (Organización Mundial de la salud) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud, de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios, y obtención de resultados de salud.

Así también garantizar la salud es uno de los retos de los sistemas de salud en todo el mundo y en México es un derecho fundamental consagrado en el artículo 4to de la constitución, no obstante en nuestro país aún se presentan rezagos importantes en relación a la calidad y a la satisfacción de los usuarios de los servicios médicos.

Históricamente las dependencias de salud del sector público en México han operado como monopolios. Los usuarios cuentan con un margen muy reducido para la elección del prestador de servicio, y muestran poco interés por satisfacer las expectativas del consumidor o mejorar la calidad de los servicios.

Sin embargo por otra parte, cada día la mayoría de los usuarios tienen mayor información acerca de sus derechos, mayor responsabilidad de su propia salud y por lo tanto exigen una mayor calidad de la atención.

Esta institución se caracteriza y refiere en sus valores la importancia de la satisfacción del cliente, y para conocer este último es importante conocer la opinión de la usuaria con los servicios recibidos.

En México se han aplicado algunas encuestas, cuyos resultados varían del 76-88% de satisfacción. Y en donde se han encontrado que los factores que la afectan están relacionados, con la oportunidad, la

relación médico paciente, el trato humano y la calidad de información, entre otros.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

*El célebre médico Manuel Martínez Báez decía que
“El médico más sabio*

*Y el más hábil solo a medias haría su deber si no se condujera guiado
por conocimiento amplio y profundo del hombre y animado por sincero,
Auténtico y efectivo amor a sus semejantes”.*

La primera historia escrita sobre la calidad en servicios de salud se encuentra en la época de los babilonios, en el código de Hammurabi, sexto rey semita (1792- 1750 a.C.). En el código se mencionan drásticos castigos para los médicos que incurrían en negligencia médica.

En las culturas orientales como la china encontramos documentos que datan del año 1000 a.c donde se presenta exhaustivamente desarrollado, el estado del arte de la Medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales.

El tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a.c, recoge las primeras bases éticas y legales del cumplimiento para los médicos y que aún hoy siguen vigentes. Más cercano en el tiempo y a nuestro medio no deben ser olvidados ni el tratado de Galeno (200 d.c), que no es sino un gran trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época, ni los trabajos que ya en 1600 publico Vesalio en el campo de la anatomía humana.

La idea de una ética médica existe desde los tiempos precristianos en que el griego Hipócrates, nacido en el año 460 antes de Cristo, habló de los deberes éticos de los médicos y los plasmó en lo que se conoce como el juramento hipocrático. Es un juramento en que los médicos se

comprometen a actuar ética y honestamente con sus pacientes. A Hipócrates se le considera padre de la medicina ya que fue el primero en hacer ver que las enfermedades tenían causas naturales no causadas por dioses o espíritus malignos.

En la ilustración podemos observar el juramento Hipocrático.

Su traducción en español es la siguiente:

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higía y Panacea, por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso:

Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirles en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos y a los hijos de mis maestros, y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento, según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.

No tallaré cálculos sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos.

Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si el juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario.

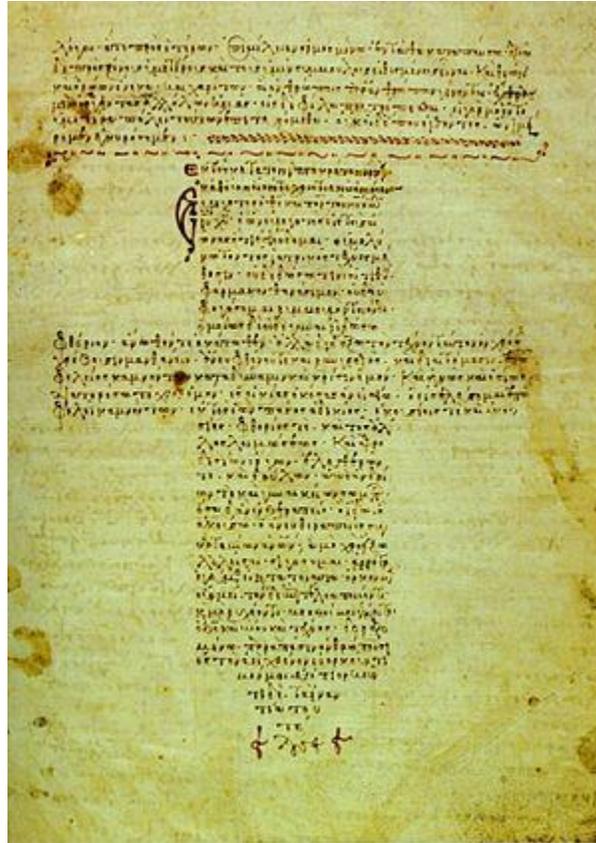


Ilustración 1

El primer código de ética se publicó en el siglo 5 con el título de Formula Comitis Archiatrorum, al cual siguieron escritos de médicos musulmanes como Ishaq ibn Ali al-Ruhawi [que escribió el primer libro de ética médica “La conducta del médico”] y Muhmmad ibn Zakariya ar-Razi, así como pensadores judíos como Maimónides, y escolares católicos como Santo Tomás de Aquino. Ya para fines del siglo 18, la ética médica se estructura más, y el inglés Thomas Percival publica en 1794 un código de ética en que aparecen los términos de ética y jurisprudencia médicas, pero hay autores de hoy que consideran que el código de Percival sobreprotegió al médico [Berlant, Jeffrey (1975). Profession and monopoly: a study of medicine in the United States and Great Britain. University of California Press].

En 1815, el parlamento inglés propone la primera ley que exige una enseñanza formal de medicina y plantea una reglamentación ética de la profesión médica. En 1847, la American Medical Association adopta su primer código ético que se inspira en la ética médica católica, pero que sufre cambios y reconfiguraciones en el siglo 20 (décadas 60 y 70)

utilizando un enfoque más liberal. A partir de entonces, la ética tiene una importancia creciente en la medicina contemporánea lo cual ha llevado a la creación de comités de ética institucionales que se encargan de evaluar y vigilar cualquier experimento en que participan seres humanos.

Si hasta aquí esta constatado básicamente estudios dirigidos a normalizar el proceso de la práctica clínica, los primeros trabajos de evaluación sistemática de dicha práctica comienzan a ser realizados por epidemiólogos.

Tras experiencias puntuales de evaluación de la atención sanitaria, los primeros años del siglo XX dan inicio a la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y abre el periodo de lo que se ha venido a denominar como el pasado reciente.

Es así que hacia los 60-70 la evaluación de la asistencia sanitaria comienza a ser no solo importante para los profesionales sino que comienzan a interesarse los gobiernos y financiadores. De esta forma se inicia el periodo burocrático, en el que las decisiones de los profesionales empiezan a estar marcadas por las reglas de la organización. Durante estos años comienza a producirse un cambio desde el análisis individual de patrones de cuidados hacia el análisis estadístico de los procesos.

Diferentes modelos de los programas de evaluación y mejora de la calidad asistencial

	PROFESIONAL	BUROCRÁTICO	PARTICIPATIVO
Tipo de datos	estructura resultados	proceso estructura	adecuación excelencia técnica satisfacción
Tipo de medidas	criterios implícitos	criterios explícitos: sucesos centinela y técnicos	criterios explícitos: indic.aj, severidad, calidad de vida
Concepto - Médico - Paciente	médico paciente	vendedor / proveedor beneficiario	asociado cliente

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en

el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos.

El enfoque dado por la CONAMED a la calidad de la atención, mediante el análisis de los problemas por mala calidad, fue reforzado ampliamente por la publicación que hiciera el Instituto de Salud de los Estados Unidos de América, del ya clásico To error is human. Building a safer health system, donde se señala que en ese país ocurren de 44 000 a 88 000 muertes al año por errores médicos en su mayoría prevenibles.

Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente al desarrollo de medios alternativos para la solución de diferendos entre médicos y pacientes, en su misión incluye como objetivo fundamental, el de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, por medio del análisis de las quejas por mala calidad y la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios.

Este concepto es definido como la interpretación de los usuarios acerca de la calidad de su interacción con los proveedores de la atención a la salud, y es considerado un indicador del funcionamiento de las instituciones|

Satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio, está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales, necesidades personales y la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias.

La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”

La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.) atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de atención.

El papel que desempeñan los pacientes en los sistemas sanitarios es cada vez más relevante, y llega a considerarse como eje y principal motor de los servicios de salud. La satisfacción de éstos (entendida como la diferencia entre lo que el usuario espera que ocurra y lo que dice que obtiene) aparece como uno de los indicadores con los que medir la efectividad de la gestión sanitaria y, además, se considera como el principal indicador de la calidad asistencial.

Strasser y Devis definieron la satisfacción como juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud, definición que recoge conceptualmente el hecho de que la satisfacción este influida por las características del paciente y por sus experiencias de salud.

Quintana, Mira et al y Carbonell concluyen que los tiempos de espera excesivos y la baja información son las causas principales de insatisfacción coincidiendo con datos obtenidos en otros países.

Thompson, López Madurga, Engebraten. Informan de la importancia de la percepción de la calidad científico-técnica y de la poca o nula influencia de los aspectos estructurales en la satisfacción.

El episodio de atención se inicia con la razón por la que el paciente consulta al médico. Es un periodo de comunicación directa y franca, en el que el paciente transmite su situación o dudas, donde da sus explicaciones y se relaja, y el médico realiza un escucha activa, creando un clima de serenidad y seguridad, para captar sus necesidades. En la historia clínica se recoge con la expresión literal ofrecida por el enfermo, y sirve de desencadenante de las decisiones y acciones que tomará el profesional sanitario.

Puede haber uno o varios motivos de consulta en el mismo encuentro entre paciente y médico, y todos deberían ser expresados al principio de la entrevista clínica para facilitar su abordaje posterior. En el caso de enunciarse más de uno, se pueden jerarquizar en función de varios parámetros (urgencia, gravedad, resolutivez, etc.)

No se debe confundir motivo de consulta con problema de salud. El primero es la razón de atención sanitaria solicitada por parte del paciente y registrado con sus palabras. Mientras que el problema de salud y el diagnóstico médico son el producto del método clínico que aplica el médico para asignarle un nombre (generalmente normalizado en alguna clasificación profesional) al padecimiento que sufre el enfermo.

Registrar la razón de consulta, no sólo tiene interés clínico, sino que sirve también para facilitar la investigación y la docencia en Medicina, ya que es una fuente muy importante de información acerca de los pacientes.

En Atención Primaria de Salud los motivos de consulta se clasifican mediante la Clasificación Internacional de Atención Primaria.

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene al menos una triple justificación: por un lado, desde óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación redefinición de la política sanitaria.

Se ha mostrado la alta correlación entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, lo que implica la necesidad del conocimiento de la primera para poder conocer mejor y aumentar la segunda. De hecho, la medición de la satisfacción de los usuarios es un buen servidor de la calidad de la asistencia.

Un paciente no es solo un cuadro clínico. Significa una vida, con sus características propias, tanto familiares como económicas, laborales, sociales, educativas, entre otras. En el caso de los pacientes que requieren atención médica de segundo y tercer nivel, no solo se trata ya de una persona, sino de todo su entorno, que se ha visto afectado por su enfermedad.

En tanto el personal que forma parte del Sistema Nacional de Salud tome conciencia de las grandes repercusiones que la enfermedad provoca en cada usuario, el trato al paciente y sus familiares serán cada día más cálidos, humanos y respetuosos. En situaciones de esta naturaleza es cuando más debemos apelar a la vocación humanista y de servicio que todo servidor de la salud debe poseer y, sobre todo, poner en práctica a partir de una sólida mística del trabajo médico.

Es imprescindible tener en mente que lo que no se puede medir no se puede evaluar, y lo que no se puede evaluar, simplemente, no podrá mejorarse. Ahí radica la importancia de observar los grados de satisfacción de los usuarios del Sector Salud.

La importancia de medir la satisfacción está dada por que existen varias razones que han llevado a quienes miden el progreso, por ejemplo, organizaciones mundiales como la OCDE, las Naciones Unidas, la CEPAL, el BID, así como organismos nacionales como el INEGI y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico, el Conacyt, universidades públicas y privadas, entre otros, a replantear la forma en que lo han hecho hasta ahora, esto es sobredimensionando el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita.

Las autoridades de organismos públicos se han dado cuenta que los logros que obtienen según las metas fijadas no son correspondientes con la apreciación que hacen de su gestión los ciudadanos. El discurso político y sus planteamientos teóricos, no siempre son compatibles con la operatividad de los programas que impactan escasamente en la realidad de las personas a quienes están destinados.

La satisfacción como proceso cognitivo

Uno de los retos conceptuales de este estudio es la definición de la noción de satisfacción. A diferencia de los indicadores objetivos, como el PIB y el ingreso, los indicadores subjetivos como la satisfacción y la felicidad, están ligados al estado de bienestar de las personas, no obstante, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera.

En este sentido, como explica Millán, los indicadores subjetivos correctamente diseñados, son muy cercanos al objeto que pretenden medir. Al dar como válida la propia evaluación, se evita dotar al bienestar de una visión trascendental que suprima la experiencia concreta del individuo, de ahí que lo importante sea determinar las condiciones en las que se realiza la evaluación individual del bienestar y no desecharla por subjetiva.

La propia evaluación de la vida, o de algún ámbito de la experiencia, (la familia, la atención a la salud, etc.) comprenden una operación que ofrece de manera sintética información cuya densidad, por la cantidad de variables que agrupa y pondera, puede resultar inmanejable a partir de estrictos indicadores objetivos. No obstante, el hecho de que la materia que se observa sea subjetiva no implica que no pueda ser tratada con objetividad, de manera semejante a los indicadores “duros”. Habría que aclarar que la objetividad de un indicador se refiere al incremento de posibilidad de que una evaluación hecha por un tercero obtenga el mismo resultado del primero. Los datos sobre percepciones tienen, al menos, un carácter binario: sí o no. La posibilidad de que la primera evaluación no coincida con la segunda es más amplia, por lo que la información resulta más dispersa y variable.

La satisfacción como valoración reflexiva

Al trasladar las nociones teóricas al terreno de la medición de la satisfacción, en el centro del bienestar subjetivo, se ubica el vínculo entre el individuo y su desempeño social en un entorno socio-cultural con redes de símbolos significantes concretos donde se inscribe la valoración de la satisfacción.

De tal suerte que no solo la satisfacción se desprende de una evaluación subjetiva, sino de la variabilidad de los parámetros contextuales. No existe un punto de vista externo al individuo que sea objetivamente válido para la determinación de su bienestar. Para resolver el problema de la diferencia de parámetros, la noción de satisfacción debe ir acompañada de factores de orden reflexivo en la valoración. Por ejemplo, individuos y comunidades fanáticos tendrán una visión más estrecha de los horizontes de experiencia posible en su existencia; la satisfacción fincada en posibilidades restringidas de experiencia no es

menos válida que una que no se construye por esa vía. Lo que provoca la inclusión de elementos reflexivos es identificar si lo que fundamenta la valoración de la satisfacción, cualquiera que sea la razón, es electivo o no. A partir de esto se abre la posibilidad de la ponderación conforme a parámetros de sociedades que de una u otra manera, permanecen ligadas a la idea de cambio. Al mismo tiempo excluye una valoración externa de cualquier parámetro.

Introducir una variable reflexiva, supone ponderar con qué recursos intersubjetivos y culturales se cuenta para observarnos y observar a otros. Del mismo modo puede atenderse el problema de que la satisfacción tenga como fuente un estándar bajo de expectativas.

Introducir las variables reflexivas denota un esfuerzo por registrar el modo en que son subjetivamente percibidos los recursos —sociales, culturales, materiales, simbólicos, jurídicos, etc. — que están objetivamente disponibles en el contexto de una sociedad o comunidad. Por ejemplo, si los marcos institucionales y normativos sancionan un conjunto de derechos y libertades, y esas opciones son subjetivamente asumidas, es sensato suponer que la satisfacción se rige por un parámetro más reflexivo y electivo que en comunidades donde esos derechos no existen.

Habría que aclarar que no se trata de juicios de valor, lo reflexivo no es mejor o peor. Como explica Millán, el vínculo entre progreso y bienestar subjetivo requiere de constatar una satisfacción reflexivamente fincada, no cualquier satisfacción. La reflexividad es necesaria solo cuando se admite, en el plano de la propia experiencia, la posibilidad de construir sentido, o placer o dolor, de manera diferente ante un mismo evento.

La satisfacción presupone una evaluación subjetiva menos emotiva que la felicidad y pone en juego factores cognitivos en forma más acentuada. Al mismo tiempo indagar sobre la satisfacción permite incorporar una variedad de dimensiones que abren, aunque de manera parcial, ventanas reflexivas. En esa línea se inscribe la idea de indagar en dominios que constituyen áreas de actividad e interacción (familia, ocupación, salud física y mental, educación, etc.)

La evaluación en términos de satisfacción introduce un cuerpo más complejo de variantes y de información útil para identificar dimensiones que afectan el bienestar individual como para contrastar esa información con indicadores objetivos.

La satisfacción se relaciona con la evaluación en distintos ámbitos de diversa naturaleza (ingreso, redes sociales, estados afectivos, etc.). En ese sentido es un indicador que encuentra su unidad en un segundo orden, en la ponderación de los diversos ámbitos de la experiencia. Es resultado de un conjunto de procesos que encuentran su síntesis o unidad en un segundo momento de significación, y por tanto, mediante un proceso reflexivo. Por ser un elemento de segundo orden, sintetizador, es importante conocer sobre qué condiciones objetivas se realiza la evaluación. Un modo de hacerlo es indagar qué tan satisfecho se encuentra con las condiciones de vida, con la situación económica, con las relaciones sociales, con el estado emocional, con la condición de salud, etc., a través de cuestionarios susceptibles de ser estadísticamente analizados.

La investigación de los dominios tiene mayor profundidad cuando se acompaña de las dimensiones reflexivas (métodos cualitativos como la entrevista). Con ello quedará más claro si los niveles de satisfacción son producto de procesos de segundo orden, no solo por ser el agregado de distintas experiencias, sino porque subjetivamente estas pueden ser significadas de distinta manera o solo son expresadas de manera inmediata.

Al utilizar ambas estrategias de investigación se mantienen los referentes objetivos y subjetivos diferenciados y se puede conservar la liga entre el individuo y la sociedad. El vínculo es importante porque permite mostrar la conexión entre el bienestar individual y el desempeño en la sociedad.

El uso de indicadores subjetivos, posibilita atender el bienestar como una dimensión individual pero con algún contacto con las variables que también lo hacen socialmente posible.

El bienestar subjetivo es también un resultado de segundo orden de las aportaciones y posibilidades de experiencia que, de manera normalmente inconexa, el progreso —en su estricta dimensión objetiva— genera. Los indicadores objetivos precisan, por eso, de un orden de coherencia, de unidad conceptual, que no es dado por los indicadores mismos sino por la subjetividad (construida mediante experiencias sociales) del individuo.

Solo en una sociedad en la que no existiesen opciones de algún tipo la satisfacción no sería un resultado de segundo orden, sino una síntesis de nuestra propia experiencia. No se espera que la satisfacción se exprese como un empalme perfecto entre las experiencias y las expectativas, entre las dimensiones individuales y las colectivas, o entre las subjetivas y objetivas, sin embargo, podrían exponerse esas diferencias para agregar información y mejorar el conocimiento sobre el desarrollo social.

En el bienestar subjetivo, los factores reflexivos implican la interiorización de opciones y posibilidades, que se conectan de un espacio de experiencias, se vinculan a la sustentabilidad subjetiva, es decir, a la certidumbre sobre el futuro y la valoración de los elementos en los que se basan, hacia un horizonte de expectativas, y todo ellos se condensan en la satisfacción.

Taxonomía de calidad de vida

A pesar de los avances teórico-metodológicos con respecto a los estudios sobre la calidad de vida todavía no hay suficiente consenso entre quienes investigan estos temas, cada disciplina enfatiza diferentes aspectos y sigue siendo un concepto multidimensional que incluye aspectos internos, externos y la interrelación entre ellos. No obstante, actualmente se acepta que los indicadores subjetivos son relevantes y que el uso conjunto de indicadores objetivos y subjetivos provee una perspectiva más completa.

Como no existe un acuerdo sobre el concepto de calidad de vida, acerca de las dimensiones que lo componen, ni de cómo deben combinarse entre sí, la construcción de índices sintéticos sobre calidad de vida

contribuye muy poco a entender la complejidad de los factores y puntos de vista que inciden en este aspecto. De ahí que una taxonomía pueda resultar más útil, ya que permite ordenar los distintos significados, dimensiones y variables que abarca el concepto.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el estudio titulado Calidad de vida más allá de los hechos, se propone una taxonomía en la cual se distinguen por un lado, variables individuales y nacionales, y por otro, variables objetivas y de opinión. Mientras que las variables individuales se refieren a las características personales, las condiciones de vida o las opiniones de cada quien, las nacionales son agregados para el país, ciudad o estado. En algunos casos las variables nacionales consisten en las sumas o promedios de variables individuales pero no siempre es así, pueden ser por agregación estadística también. Las variables individuales no son solo aquellas internas y propias del individuo (edad, ingresos, escolaridad...) sino aquellas que se refieren al sujeto en relación con los otros (estado civil, posición relativa de ingresos, familia, opinión sobre los demás o sobre la sociedad).

Las variables de opinión son subjetivas por definición, esto es, se basan en la experiencia, expectativas y juicio subjetivo de las personas.

Las variables objetivas son aquellas que constituyen la base de la vida de los individuos o de la sociedad, así como los hechos o resultados observables de sus acciones y comportamientos individuales y colectivos. Ambas se complementan en la taxonomía propuesta por el BID.

Las capacidades con las que los individuos se enfrentan a la vida, tales como su personalidad, salud, educación y experiencia corresponden al concepto de calidad de vida entendido como capacidad para la vida.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se inspira en este enfoque. Las condiciones materiales de vida, que comprenden el ingreso, el consumo, la vivienda, el acceso a los servicios de salud y educación, y las condiciones de empleo son la base de los indicadores para estudiar las necesidades básicas en muchos países. Por su parte, la calidad del ambiente económico, social e institucional en que se desempeñan los

individuos constituye otra forma de acercarse a la calidad de vida. En este caso se trata de las condiciones objetivas externas a los individuos que condicionan su existencia, y que comprenden tanto las políticas y las instituciones que son la base del funcionamiento social, como los resultados nacionales económicos, sociales o ambientales para el país en su totalidad. Este conjunto de variables reflejan que tan “vivable” es una sociedad.

En contraposición a las variables objetivas están las opiniones y esto se refiere a la apreciación de los individuos sobre sí mismos, es decir la evaluación subjetiva de las personas sobre su vida en general, o sobre las distintas dimensiones de su vida o dominios. Lora explica que cuando la evaluación se refiere a la vida en su conjunto, se utiliza la expresión “satisfacción con la vida” o el concepto de “felicidad”; la felicidad según Veenhoven se define como el grado en el cual un individuo juzga como favorable la calidad de su vida como un todo, es decir, qué tanto le gusta la vida que lleva.

Las mediciones de satisfacción y felicidad, son la única manera en que se puede explorar una evaluación comprensiva de la calidad de vida. En ninguno de los otros enfoques (por capacidades, por las condiciones materiales, o por la calidad del ambiente económico, social e institucional del país) es factible tener una medida que englobe el conjunto de variables, ya que no puede definirse a priori qué componentes son válidos y cuáles no, y cómo asignarle un peso relativo a cada uno. Tampoco tiene sentido combinar indicadores que pertenecen a enfoques distintos. De ahí que las estrategias cualitativas coadyuven a la comprensión de las reflexiones que acompañan la evaluación de la satisfacción.

Resulta complicado medir estadísticamente la satisfacción pues refleja en forma imprecisa y en ocasiones incoherente, las opiniones que los individuos tienen sobre sí mismos, sobre el país o la sociedad. Lo mismo vale decir de las opiniones personales en las diferentes dimensiones o dominios de su vida o de la sociedad.

No obstante, es una deficiencia que se debe subsanar para entender el progreso, ya que las percepciones indican cómo los individuos se ven a sí

mismos y a su entorno. Además, pueden influir sobre las políticas que se adopten en sistemas más o menos democráticos, y sobre la efectividad de los programas para producir resultados, afectando las expectativas de los sujetos, su confianza en las instituciones y sus actitudes de cooperación con las organizaciones sociopolíticas.

Las opiniones pueden aportar también información en el debate público, sobre si los objetivos de planeación a los que apunta el gobierno se corresponden o no con lo que la gente persigue como objetivos para lograr su bienestar o su percepción de satisfacción.

Limitaciones en la producción y análisis de la información subjetiva
Las percepciones no son un reflejo directo de la realidad y están influidas por patrones culturales.

Algunas de las dificultades que enfrentan los investigadores cuando las intentan medir son: que están sujetas a ambigüedades de interpretación, a sesgos de autocomplacencia, están afectadas por expectativas y aspiraciones, también están influidas por factores personales indiscifrables y pueden ser inconsistentes con las decisiones que toman los individuos. Al comparar, por ejemplo, los promedios nacionales en ciertas áreas con las opiniones de las personas sobre ese mismo aspecto, no siempre los resultados son consistentes, a veces se asocian fuertemente y a veces no. Por ejemplo, se espera que los países con crecimiento económico muestren altos niveles de satisfacción y no siempre sucede así, esto es lo que se denomina la "Paradoja de Easterlin". Por consiguiente las percepciones no son un reflejo directo de la realidad y no pueden utilizarse como sustituto de la información objetiva.

Muchas veces, como refiere Lora las opiniones de la gente enfatizan los sesgos culturales de los países en cuestión. Al comparar las percepciones sobre calidad de vida entre países, es importante tener en cuenta que los sesgos culturales ejercen mayor influencia en la forma en que la gente juzga la sociedad, que en la manera en que evalúa las dimensiones personales de su vida.

Entre los numerosos factores que influyen en las percepciones están las diferencias ideológicas y de interpretación de las preguntas, y las diferencias de gustos y objetivos. Por ejemplo, el grado de satisfacción con la propia vida que manifiestan las personas a través de encuestas puede ayudar a identificar qué aspectos de la vida tienen mayor o menor relevancia.

Las ambigüedades de interpretación pueden ser reveladoras en el caso de las opiniones de políticas públicas, por ejemplo, en Latinoamérica la mayoría de la gente tiene opiniones favorables sobre el sistema educativo, a pesar de los modestos logros educativos de la región y del pobre desempeño académico en las pruebas internacionales. Al indagar cualitativamente este dato, se encontró que más que el desempeño académico lo que les importa a los padres de familia es que sus hijos estén seguros en la escuela y sean tratados con respeto.

De igual manera la gente en la región se siente satisfecha con su trabajo a pesar de los altos índices de informalidad y de la baja cobertura de los sistemas de seguridad social, debido a que se valora más la independencia y la flexibilidad que los potenciales beneficios de un seguro de salud o una pensión futura. Precisamente porque pueden ser inconsistentes con los indicadores objetivos tradicionales, las opiniones de las personas sobre diversos aspectos de sus vidas y de sus países pueden ser fuentes de información valiosa para identificar los estándares con los que juzgan su propia situación y la de su sociedad, teniendo en cuenta que varían de un país a otro y que no permanecen estáticos en el tiempo porque son cambiantes.

Una de las constantes del comportamiento humano es que existe una marcada tendencia a ser más crítico con la sociedad que con uno mismo, es decir, se es optimista aunque no hay fundamento objetivo para ello.

Las perspectivas están afectadas por las expectativas; al analizar los niveles de satisfacción por grupos de ingreso, los más altos con los de más bajo, no existen grandes diferencias porque hay un sesgo optimista o autocomplaciente entre los segundos. Esto se debe a que la relación entre ingreso y satisfacción está mediada por las expectativas y los referentes con los cuales se comparan los individuos.

Cuando se trata de las percepciones sobre las condiciones de vida y las políticas de los países, los pobres tienden a tener opiniones semejantes e incluso más benevolentes que los ricos, lo que constituye una inquietante “paradoja de las aspiraciones” como la llama Lora.

En América Latina, los quintiles más bajos son los que muestran que existe más confianza en el sistema médico o en los esfuerzos de los gobiernos para facilitar la creación de más y mejores empleos. Existen varias explicaciones, puede deberse, por un lado, a que las políticas de gobierno sean efectivamente benéficas para los pobres, o por otro, a las diferencias de información que poseen unos y otros, ya sea porque la opinión de los pobres esté influida por la imagen que trata de difundir el gobierno, o bien porque los no pobres tienen mejor información sobre las limitaciones de las políticas sociales o porque están menos de acuerdo que los pobres con su diseño u orientación. Pero posiblemente se debe a diferencias de expectativas acerca de lo que deben o pueden hacer los gobiernos.

Los factores individuales también influyen en las percepciones, entre los numerosos factores personales están las diferencias ideológicas y de interpretación de las preguntas, que se mencionaron antes, aunque también las de gustos y objetivos, y todos ellos pueden estar ligados a rasgos de personalidad.

Otro asunto inquietante de las percepciones es que pueden ser inconsistentes e incluso contradecir las decisiones que toman los individuos con sus vidas, desafiando la teoría económica de la elección racional según la cual “a mayor nivel de ingreso o consumo de un individuo es mayor su bienestar”, pues aumentan sus opciones de elegir lo que le produce más satisfacción o utilidad. No siempre las opiniones y las acciones coinciden, hay otros factores que inciden en la decisión que los economistas no identifican, pero modifican el comportamiento.

Las experiencias y expectativas rebasan la dimensión racional-causal. A pesar de las limitaciones, al comparar las percepciones con los indicadores objetivos, las opiniones que la gente tiene sobre su bienestar tienden a reflejar correctamente las afectaciones positivas y negativas

que experimentan internamente o que expresan físicamente. También se corresponde, según Lora, con lo que sus familiares cercanos o sus amigos piensan de ellos, y están asociadas con medidas físicas de la presión sanguínea o el pulso cardíaco.

La satisfacción de las personas está fuertemente vinculada con los denominados bienes relacionales. Estos se refieren a las relaciones interpersonales en el ámbito de lo afectivo que no son instrumentales. Según Carr, las personas con fuertes nexos sociales disfrutan de mejores condiciones de salud física y mental, y un menor riesgo de muerte. Las relaciones interpersonales se generan desde la niñez, incluso antes de tener consciencia de ellas.

En el terreno biológico se ha descubierto que las tendencias sociales tienen relación con las “neuronas espejo” que proveen de experiencias internas directas y por lo tanto de la comprensión de los actos, emociones e intenciones de otros. Cuando las personas dicen “siento tu dolor” muchas veces no se dan cuenta de qué tan literal puede resultar dicha expresión.

Las actividades sociales no instrumentales como el voluntariado, pasar tiempo con amigos, asistir a reuniones sociales, a eventos culturales y deportivos, tienen influencia en la satisfacción con la vida. Los bienes relacionales no pueden ser directamente producidos por las políticas gubernamentales, sin embargo, las acciones públicas pueden evitar la paradoja del crecimiento con infelicidad y promover las interacciones personales de muchas maneras, por ejemplo: proporcionando lugares de reunión, regulando las horas de actividad comercial, ajustando el tiempo de trabajo semanal, apoyando los deportes y las artes, y planeando el espacio urbano para una mejor utilización del tiempo, etcétera.

Los sujetos en el mundo real se reúnen para negociar, intercambiar información y coordinar sus acciones dentro o fuera de las organizaciones.

		Variables individuales		Variables nacionales	
		Internas al individuo	Del individuo en relación con otros		
Variables objetivas	Bases de la vida de los individuos o de la sociedad	Capacidades	Condiciones familiares	Políticas	
		Edad	Estado civil	Económicas (fiscales, regulación económica)	
		Sexo	Hijos	Laborales (normas de contratación y despido)	
		Personalidad	Estructura del Hogar	Sociales (seguridad y protección social)	
		Salud física y mental	Otras condiciones interpersonales	Instituciones	
		Educación	Amistades	Imperio de la ley	
	Resultados objetivos	Conocimiento y experiencia	Participación comunitaria	Instituciones políticas	
				Calidad de administración pública	
		Condiciones de vida material	Condiciones relativas de vida	Resultados "nacionales"	
		Ingreso	Quintil de ingreso	Económicos (PIB, Inflación)	
Consumo		Ingreso del grupo de referencia	Desarrollo Humano (expectativa de vida, mortalidad infantil, escolaridad, educación)		
Apreciación de los resultados	Condiciones de vida (propiedad, calidad de los materiales, acceso a servicios)	Segregación espacial	Laborales (informalidad, desempleo)		
	Acceso a los servicios de salud, educación, seguridad, social	Discriminación	Sociales (pobreza, desigualdad)		
	Calidad del empleo			Calidad del ambiente (natural, urbano)	
	Apreciación individual de los resultados		Promedios "nacionales" de la apreciación individual de los resultados		
Apreciación de los resultados	Sobre los individuos mismos	Sobre el país o la sociedad	Sobre los individuos mismos	Sobre el país o la sociedad	
	Felicidad	Situación del país	Felicidad	Situación del país	
	Satisfacción con la vida	Situación económica del país	Satisfacción con la vida	Situación económica del país	
	Satisfacción con dominios de vida personal (nivel de vida, salud, educación, empleo, vivienda)	Opinión sobre dominios de la sociedad (sistema de salud, sistema educativo, políticas de empleo, de provisión de vivienda, etc.)	Satisfacción con dominios de vida personal (nivel de vida, salud, educación, empleo, vivienda)	Opinión sobre dominios de la sociedad (sistema de salud, sistema educativo, políticas de empleo, de provisión de vivienda, etc.)	

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hospital Central Norte de PEMEX en el servicio de consulta externa de Ginecología en sus dos turnos de servicio cuenta con gran afluencia de usuarias.

Teniendo un promedio de 300 consultas por mes solo en este servicio en ambos turnos.

Aproximadamente 35 consultas por día, con la presencia de 1 medico ginecólogo por turno y dos residentes en el turno matutino.

Teniendo en cuenta estas cifras, la opinión de algunas usuarias durante su consulta y los medios físicos o humanos con los que se cuenta es importante conocer el nivel de satisfacción percibido por nuestras usuarias como parte de la evaluación del servicio que brindamos.

En base a lo expuesto me planteo la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de satisfacción sobre la atención de las usuarias de la consulta externa de Ginecología en el Hospital Central Norte de PEMEX?

JUSTIFICACIÓN

Es de gran beneficio conocer el nivel de satisfacción de nuestros usuarios con el objetivo de identificar los puntos de oportunidad de mejora consiguiendo así un mejor servicio proporcionado.

Dado que una mala atención al usuario que llega a un hospital puede tener consecuencias serias a «largo plazo».

El mayor porcentaje de quejas en nuestro hospital es por la atención y actitud.

Por lo tanto, es importante para cualquier ser humano el recibir servicios médicos de calidad.

La paciente o el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico. Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48

La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS: Más del 50 % de las usuarias de la consulta externa de ginecología presentan un nivel de satisfacción favorable sobre la atención recibida.

HIPÓTESIS NULA.- Mas del 50 % de las usuarias de la consulta externa de ginecología presentan un nivel de satisfacción desfavorable sobre la atención recibida.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa de Ginecología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ***Conocer la proporción de usuarias satisfechas y el nivel de satisfacción***
- ***Evaluar el trato del personal con mayor contacto con la usuaria durante la consulta.***
- ***Identificar el nivel de satisfacción de las usuarias por área de servicio de salud brindado durante el proceso de la consulta***
- ***Identificar el nivel de satisfacción de acuerdo a los turnos de atención médica.***

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Transversal

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Usuaris de la consulta externa de ginecología del Hospital Central Norte de PEMEX.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Usuaris que acepten contestar el cuestionario al término de su consulta

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Usuaris que no sepan leer ni escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Usuaris que no recibieron la consulta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Total: 282 pacientes

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{d^2}$$

***n* = Tamaño de muestra**

***Z* = Coeficiente de confiabilidad (1,96)**

***σ* = Desviación estándar promedio de las variables de la encuesta de un estudio piloto(1)**

***d* = Error aceptable (0,005)**

TIPO DE MUESTREO

Probabilístico y aleatorio simple

DETERMINACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	
INDEPENDIENTE TURNO DE SERVICIO	Horarios en los que se imparte la consulta	Matutino: 7:00-15:00 horas. VESPERTINO: 15:00-22:00 horas	Matutino Vespertino		
PERSONAL DE SALUD	RECEPCIONISTA: Persona que tiene por oficio atender al público en una oficina o recepción.	El servicio brindado por la recepcionista, o trabajadora social	Atención brindada.	CUALITATIVA NOMINAL	
	ASISTENTE DE ENFERMERA: Profesional de la sanidad cuyas funciones son asistir al personal facultativo (médicos y enfermeras) en sus labores.	Asistente encargada de asistir al médico durante la consulta.	Atención brindada		
	GINECÓLOGO: Médico especialista en ginecología.	Médico adscrito o Residente que imparte la consulta externa.	Atención brindada		

<p>DEPENDIENTE Nivel de satisfacción</p>	<p>La satisfacción final del usuario, es el resultado de la diferencia entre su percepción del servicio que recibe y sus expectativas previas</p>	<p>Nivel de satisfacción que manifiesta la usuaria con el trato recibido por la recepcionista, la enfermera y el médico.</p>	<p>Porcentaje de usuarios satisfechos</p>	<p>CUALITATIVA ORDINAL Muy insatisfecho o Insatisfecho o Satisfecho Muy satisfecho</p>	<p>Encuesta para medir la satisfacción.</p>
---	---	--	---	--	---

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Encuesta para medir la satisfacción del área de calidad de este hospital.

ASPECTOS ÉTICOS Y DE SEGURIDAD

Sin riesgo

PROCESO ESTADÍSTICO

Medidas de tendencia central

ASPECTOS LOGÍSTICOS

- 1) **Aplicación de cuestionarios al término de la consulta externa de lunes a viernes en turno matutino y vespertino**
- 2) **Recolección de datos.**
- 3) **Análisis estadístico**
- 4) **Reporte de resultados**

Recursos

- **Hojas de papel**
- **Lapiceros**
- **Encuestador**
- **Usuaría de la consulta**

FINANCIAMIENTO: Interno

CRONOGRAMA

	MAYO 1-15	MAYO 16-31	JUNIO 01-15		JUNIO 16-30	
APLICACIÓN DE ENCUESTAS						
RECOLECCIÓN DE DATOS						
ANÁLISIS ESTADÍSTICO						
REPORTE DE RESULTADOS						

RESULTADOS

Tabla 1

TOTAL DE ENCUESTAS							
		TURNO	RECEPCIONISTA	MEDICO	TIEMPO DE ESPERA	ASISTENTE ENFERMERA	SATISFACCION DEL SERVICIO
N	Válido	282	282	282	282	282	282
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Moda			4	4	4	4	

En esta tabla se observa el número total de encuestas realizadas en esta investigación, siendo un total de 282 encuestas respondidas con una moda de respuesta 4 la que corresponde a MUY SATISFECHO.

Tabla 2

TOTAL DE ENCUESTAS POR TURNO			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	A	141	50.0
	B	141	50.0
	Total	282	100.0

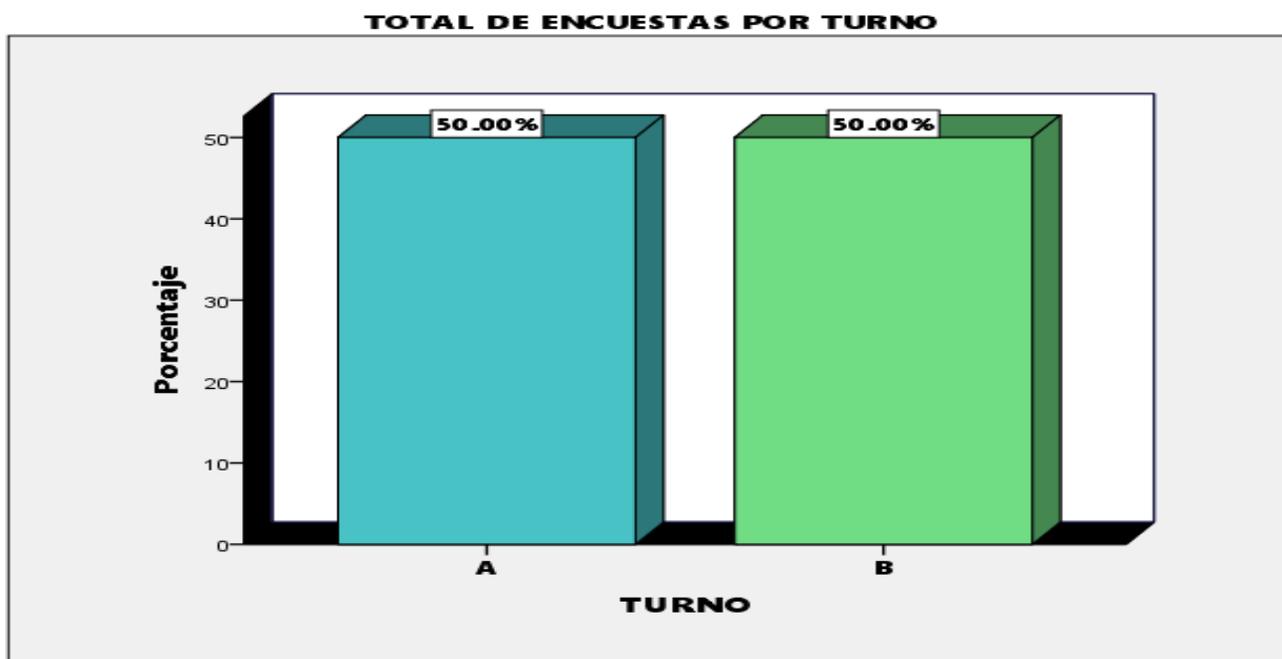


Ilustración 2

En esta tabla y grafica se observa que fueron realizados un total de 141 encuestas por TURNO matutino y vespertino.

RECEPCIONISTA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUY INSATISFECHO	12	4.3
	INSATISFECHO	4	1.4
	SATISFECHO	108	38.3
	MUY SATISFECHO	158	56.0
	Total	282	100.0

Tabla 3

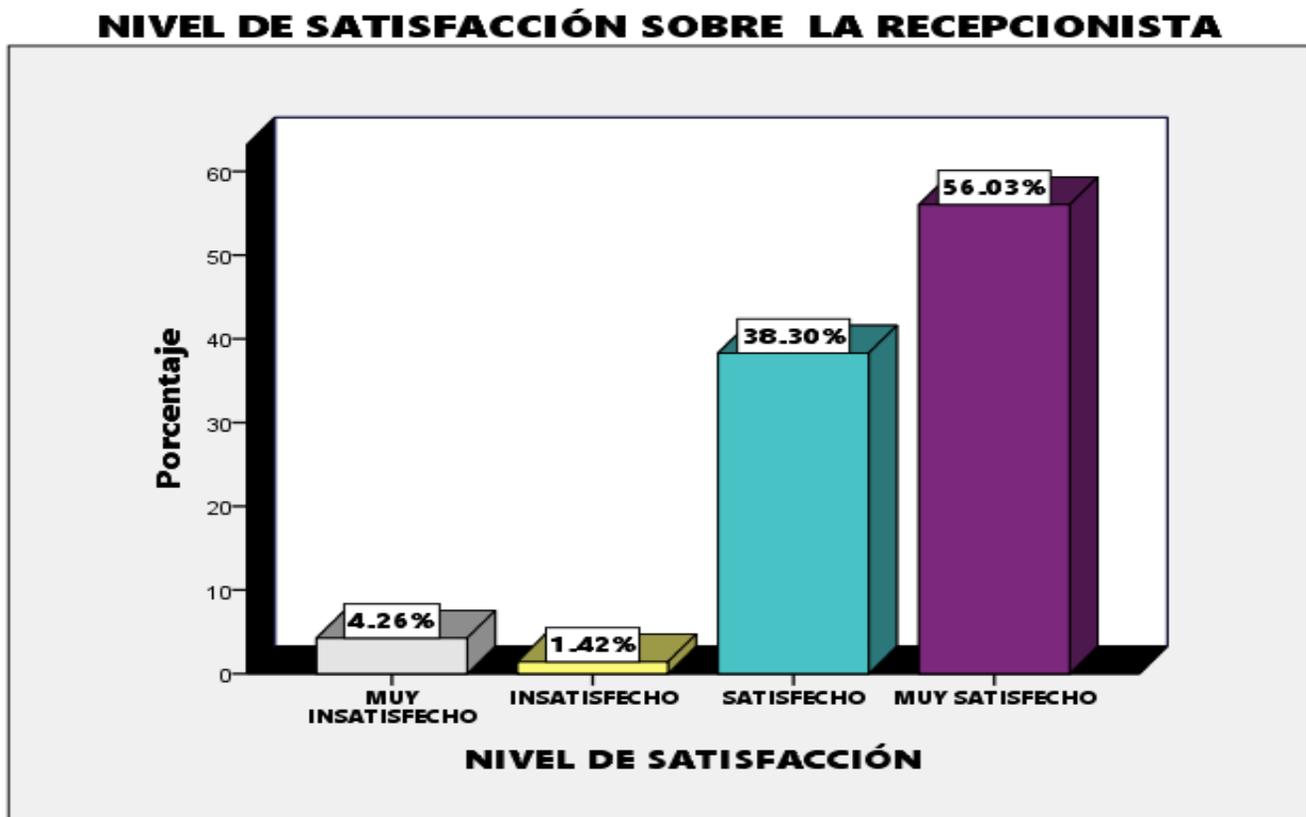


Ilustración 3

En esta tabla número 3 y su grafica observamos que el nivel de satisfacción encontrado por la atención brindada por la recepcionista es en un 56 % de MUY SATISFECHO.

Tabla 4

MÉDICO		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUY INSATISFECHO	11	3.9
	INSATISFECHO	2	.7
	SATISFECHO	52	18.4
	MUY SATISFECHO	217	77.0
	Total	282	100.0

NIVEL DE SATISFACCIÓN SOBRE EL MÉDICO

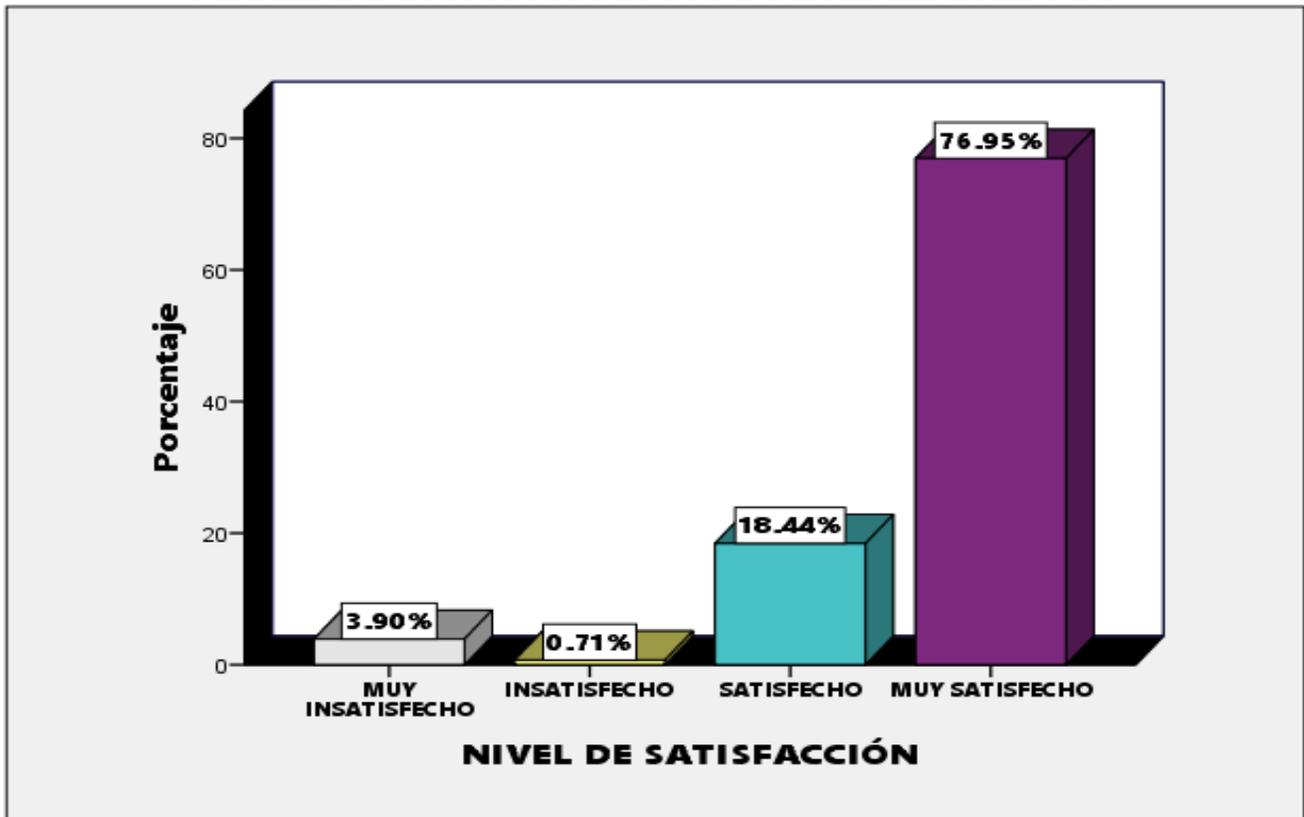


Ilustración 4

En esta tabla número 4 y su grafica observamos que el nivel de satisfacción encontrado por la atención brindada por el médico Ginecólogo es en un 76.9 % de MUY SATISFECHO.

Tabla 5

TIEMPO DE ESPERA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUY SATISFECHO	18	6.4
	INSATISFECHO	29	10.3
	SATISFECHO	91	32.3
	MUY SATISFECHO	144	51.1
	Total	282	100.0

NIVEL DE SATISFACCIÓN POR TIEMPO DE ESPERA

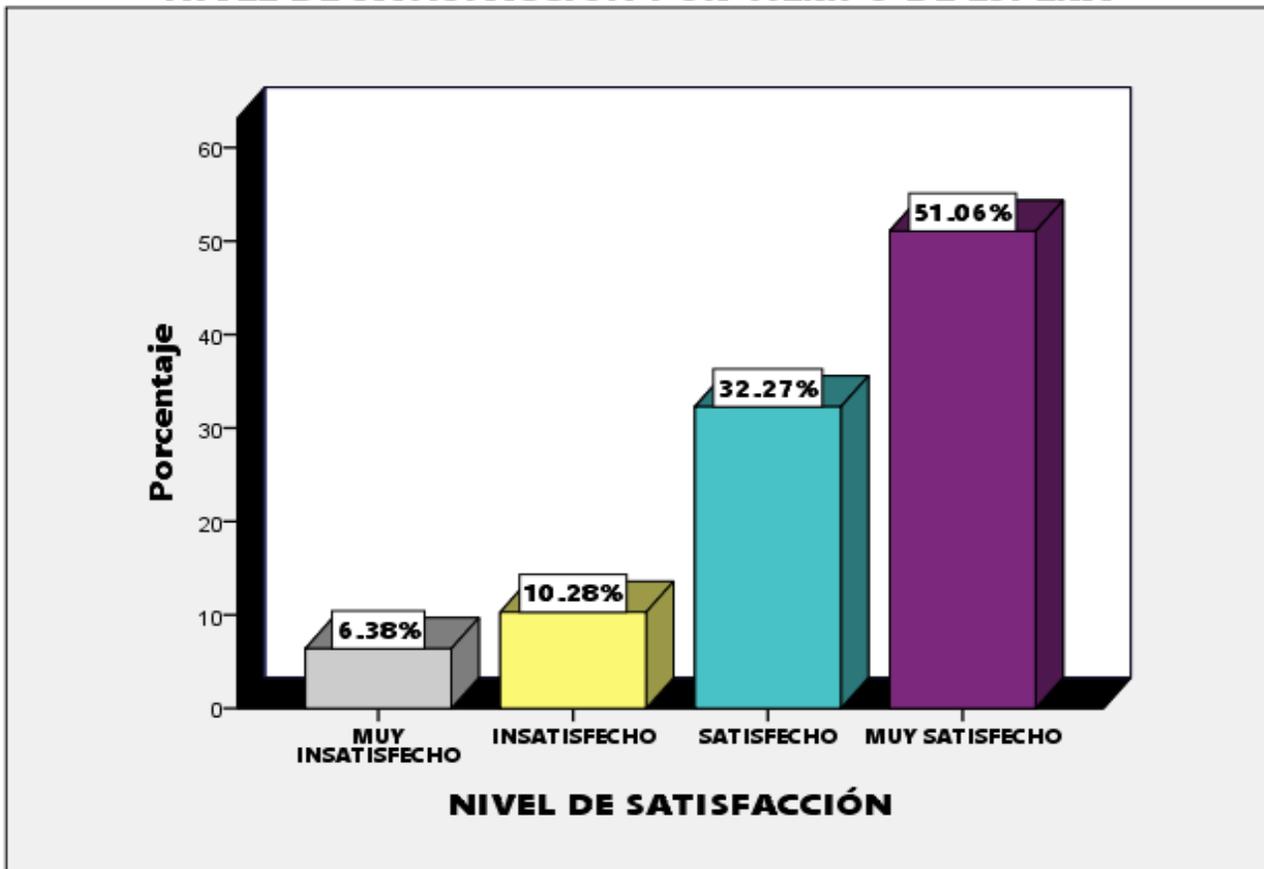


Ilustración 5

En esta tabla número 5 y su grafica observamos que el nivel de satisfacción encontrado por el tiempo de espera de las usuarias es en un 51.6 % de MUY SATISFECHO.

Tabla 6

ASISTENTE DE ENFERMERA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUY INSATISFECHO	9	3.2
	SATISFECHO	52	18.4
	MUY SATISFECHO	221	78.4
	Total	282	100.0

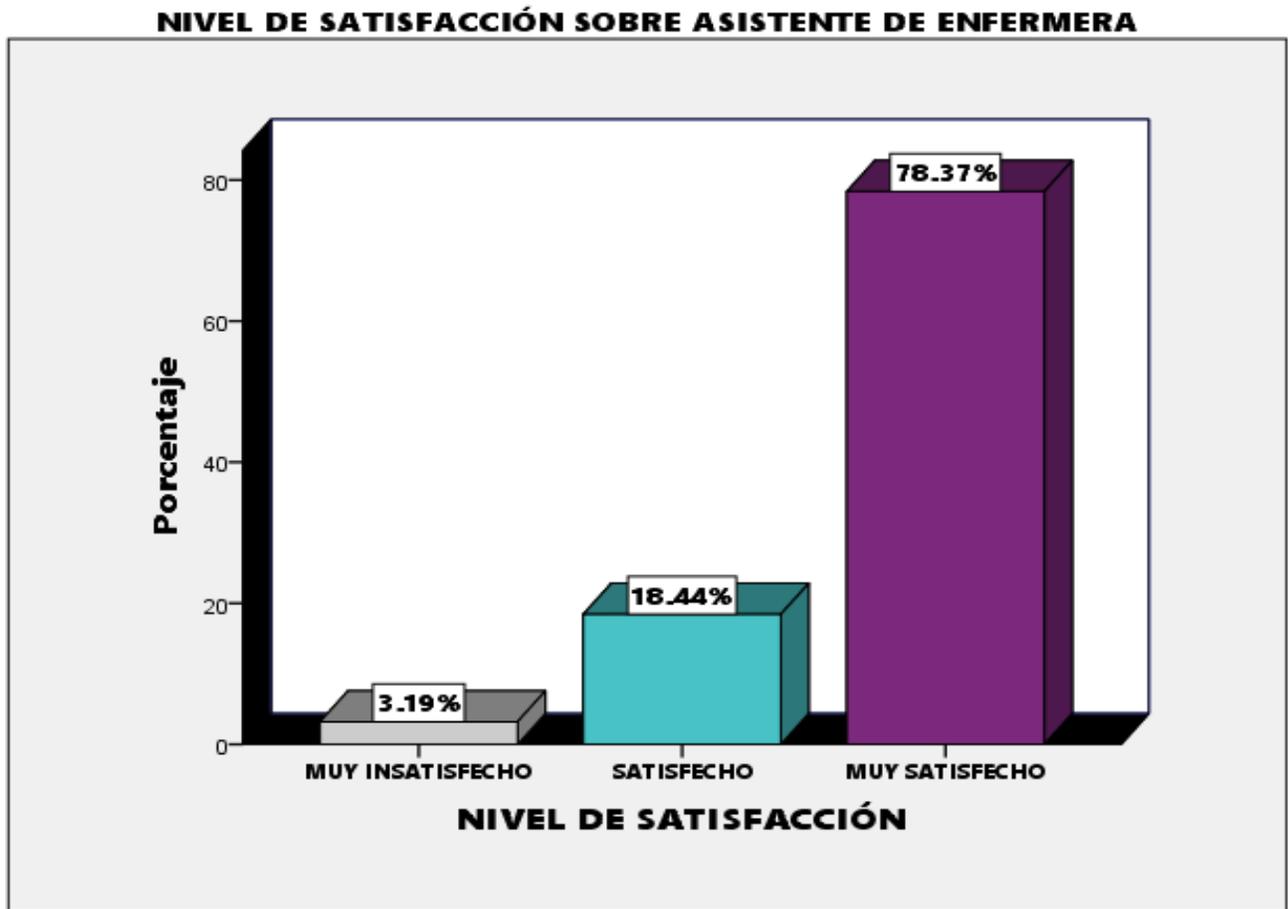


Ilustración 6

En esta tabla número 6 y su grafica observamos que el nivel de satisfacción encontrado sobre la atención brindada por la asistente de enfermera es en un 78.3 % de MUY SATISFECHO.

Tabla 7

SATISFACCIÓN DEL SERVICIO		Frecuencia	Porcentaje
Válido	INSATISFECHO	11	3.9
	SATISFECHO	271	96.1
	Total	282	100.0

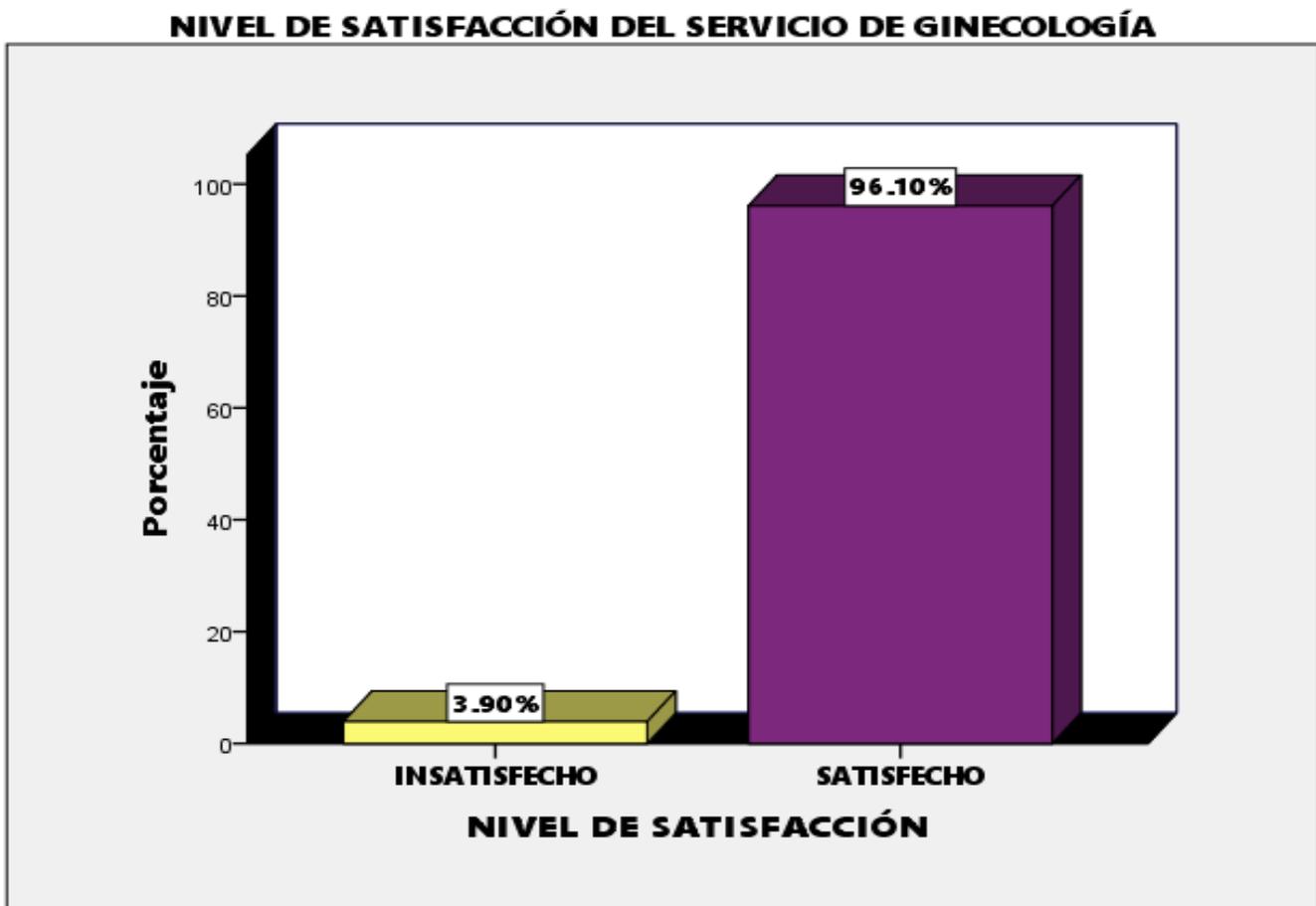


Ilustración 7

En esta tabla número 7 y su grafica observamos que el nivel de satisfacción encontrado en general por todo el servicio de consulta externa de Ginecología es en un 96.1 % de MUY SATISFECHO.

Tabla 8

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE RECEPCIONISTA POR TURNO					
			TURNO		
			MAT	VESP	
RECEPCIONISTA	1	MUY INSATISFECHO	5	7	
		PORCENTAJE	3.5%	5.0%	
	2	INSATISFECHO	4	0	
		PORCENTAJE	2.8%	0.0%	
	3	SATISFECHO	60	48	
		PORCENTAJE	42.6%	34.0%	
	4	MUY SATISECHO	72	86	
		PORCENTAJE	51.1%	61.0%	
Total			ENCUENTAS	141	141
			PORCENTAJE	100.0%	100.0%

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE RECEPCIONISTA POR TURNO

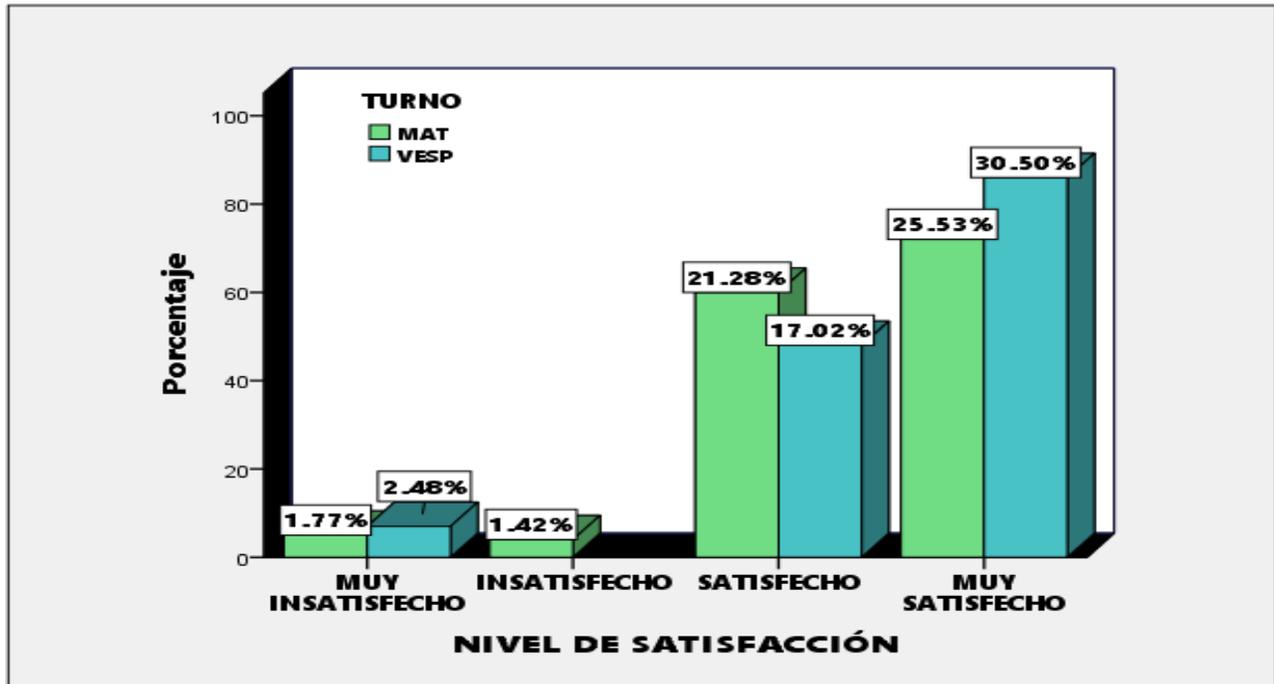


Ilustración 8

En está tabla número 8 y su grafica observamos la comparación del nivel de satisfacción encontrado en la atención de la recepcionista en turno vespertino presente de 30.5% de MUY SATISFECHO es mayor que en turno matutino con un 25.5%.

Tabla 9

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE MÉDICO POR TURNO				
			TURNO	
			MAT	VESP
MÉDICO	1	MUY INSATISFECHO	5	6
		PORCENTAJE	3.5%	4.3%
	2	INSATISFECHO	1	1
		PORCENTAJE	0.7%	0.7%
	3	SATISFECHO	30	22
		PORCENTAJE	21.3%	15.6%
	4	MUY SATISECHO	105	112
		PORCENTAJE	74.5%	79.4%
Total		ENCUESTAS	141	141
		PORCENTAJE	100.0%	100.0%

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE MÉDICO POR TURNO

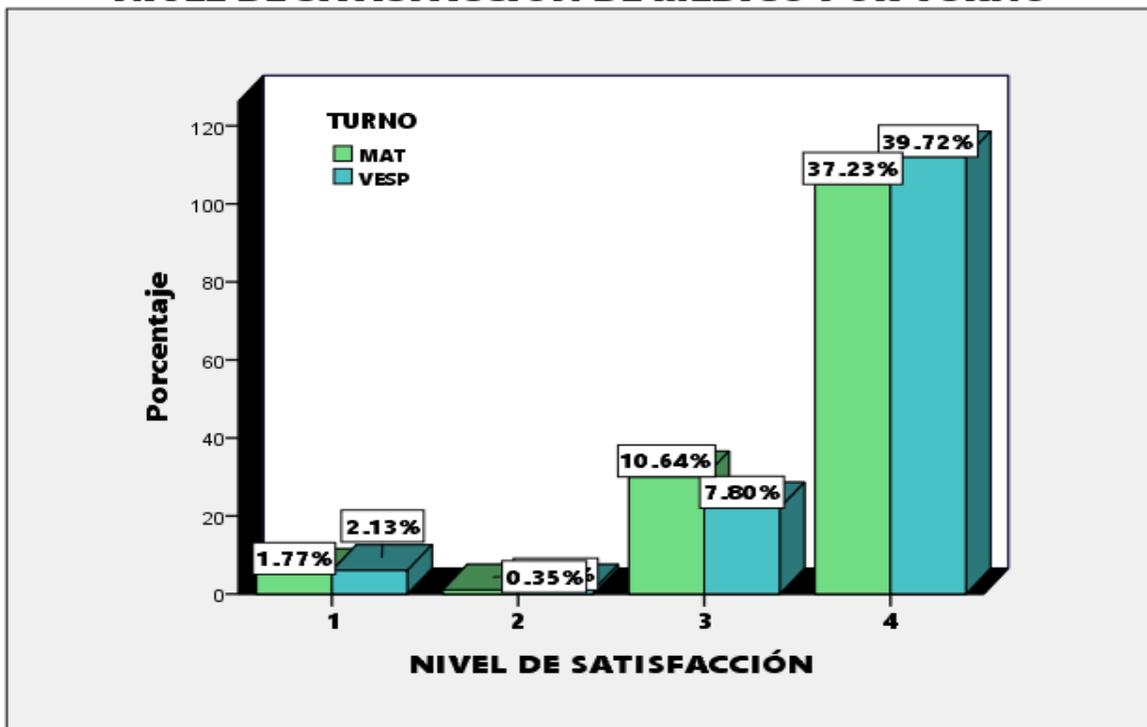


Ilustración 9

En esta tabla número 9 y su gráfica observamos la comparación del nivel de satisfacción encontrado en la atención del médico Ginecólogo en turno vespertino es mayor con 39.7% de MUY SATISFECHO que en turno matutino con un 37.2%.

Tabla 10

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE TIEMPO DE ESPERA POR TURNO					
			TURNO		
			MAT	VESP	
TIEMPO DE ESPERA	1	MUY INSATISFECHO	12	6	
		PORCENTAJE	8.5%	4.3%	
	2	INSATISFECHO	23	6	
		PORCENTAJE	16.3%	4.3%	
	3	SATISFECHO	53	38	
		PORCENTAJE	37.6%	27.0%	
	4	MUY SATISECHO	53	91	
		PORCENTAJE	37.6%	64.5%	
Total			ENCUESTAS	141	141
			PORCENTAJE	100.0%	100.0%

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE TIEMPO DE ESPERA POR TURNO

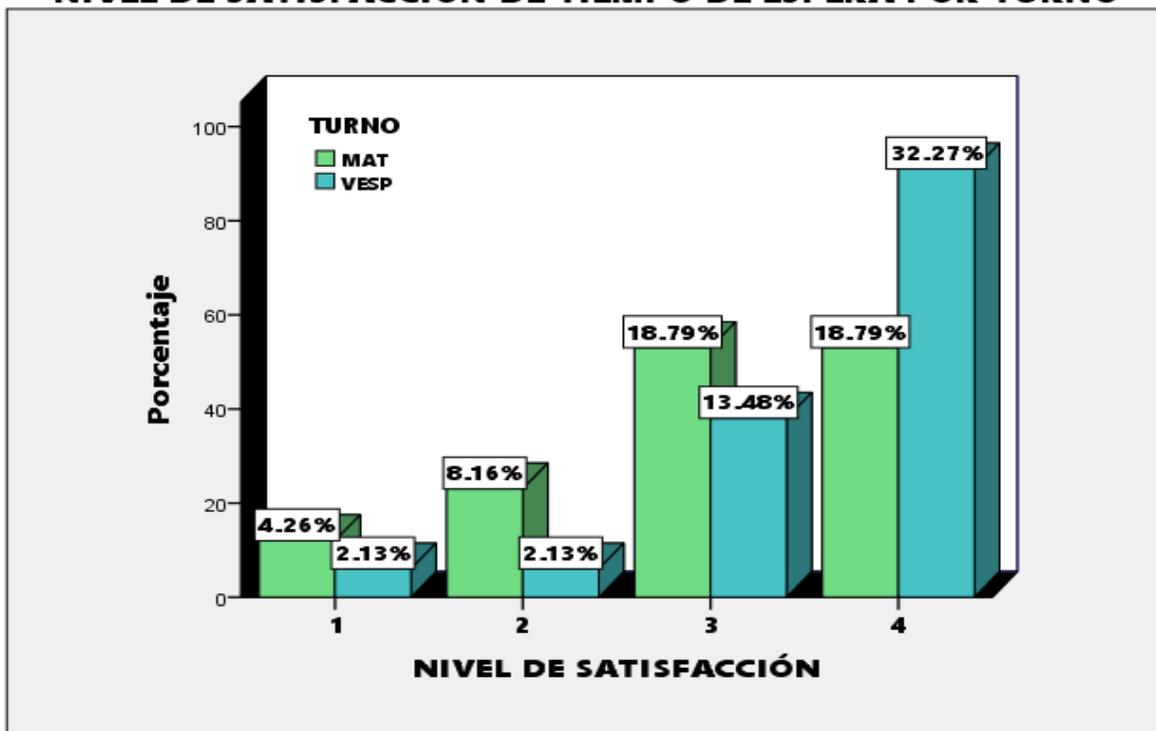


Ilustración 10

En está tabla número 10 y su grafica observamos la comparación del nivel de satisfacción encontrado en el tiempo de espera en turno vespertino es mayor con 32.2% de MUY SATISFECHO que en turno matutino con un 18.7%.

Tabla 11

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE ASISTENTE ENFERMERA POR TURNO					
			TURNO		
			MAT	VESP	
ASISTENTE ENFERMERA	1	MUY INSATISFECHO	5	4	
		PORCENTAJE	3.5%	2.8%	
	3	SATISFECHO	34	18	
		PORCENTAJE	24.1%	12.8%	
	4	MUY SATISFECHO	102	119	
		PORCENTAJE	72.3%	84.4%	
Total			ENCUESTAS	141	141
			PORCENTAJE	100.0%	100.0%

NIVEL DE SATISFACCIÓN ASISTENTE ENFERMERA POR TURNO

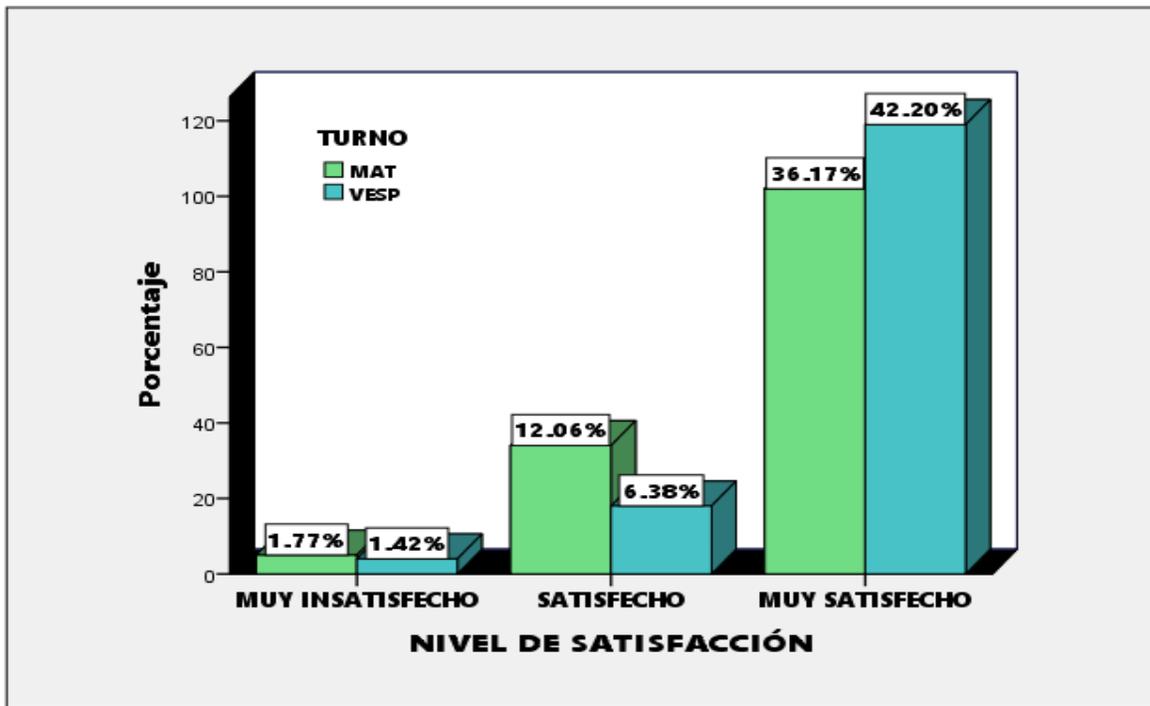


Ilustración 11

En esta tabla número 11 y su grafica observamos la comparación del nivel de satisfacción encontrado con la atención de la asistente de enfermera en turno vespertino es mayor con 42.2% de MUY SATISFECHO que en turno matutino con un 36.1%.

Tabla 12

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO POR TURNO			
		TURNO	
		MAT	VESP
SATISFACCIÓN DEL SERVICIO	INSATISFECHO	6 4.3%	5 3.5%
	SATISFECHO	135 95.7%	136 96.5%
Total		141 100.0%	141 100.0%

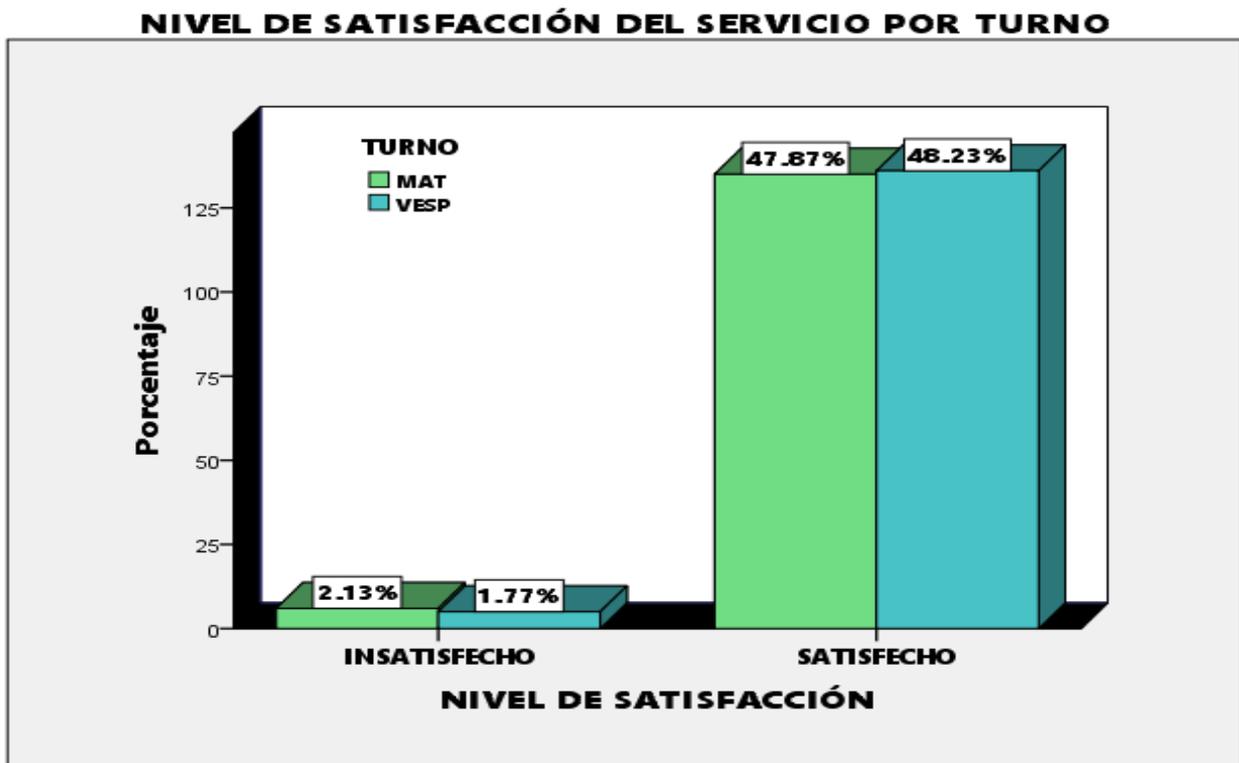


Ilustración 12

En esta tabla número 12 y su gráfica observamos la comparación del nivel de satisfacción encontrado por el servicio de la consulta de Ginecología es mayor con 48.2% de MUY SATISFECHO en turno vespertino que en turno matutino con un 47.8%.

DISCUSIÓN

En las gráficas anteriores se pudo observar que los resultados que se observan sobre las variables identificadas se traducen de la siguiente manera:

VARIABLES INDEPENDIENTES (PERSONAL DE SALUD) DE ACUERDO AL ORDEN DE APARICIÓN EN EL PROCESO DE LA CONSULTA.

En Recepcionista encontramos que el 56% de las usuarias se encuentra muy satisfecha con el servicio brindado y solo un 4.3 % muy insatisfecha, con mejores resultados en turno vespertino.

En asistente de enfermera se observa que el 78.4% de las usuarias se encuentra muy satisfecha con el servicio brindado y solo un 3.2% muy insatisfecha, con mejores resultados en turno vespertino.

En Médico Ginecólogo encontramos que el 77% de las usuarias se encuentra muy satisfecha con la atención, y solo un 3.9% muy insatisfecho, presentado diferencia de 5 % con mejores resultados en turno vespertino.

En cuanto al tiempo de espera se pudo observar que es la variable donde existe menor grado de satisfacción en las usuarias, sobre todo en turno matutino con un 75.2 % de satisfacción y un 24.8 % insatisfacción, siendo este resultado aun favorable. En este rubro se recibieron comentarios escritos sobre la insatisfacción y la falta de apego al horario de la cita.

De forma global el nivel de satisfacción sobre la atención brindada en la consulta de Ginecología reporta un 96% de respuestas muy satisfecho y solo un 3.9% de muy insatisfecho, con una diferencia a favor de 1% en turno vespertino.

CONCLUSIONES

Los resultados presentados en las tablas y graficas previas muestran de forma homologa que el nivel de satisfacción encontrado en las encuestas realizadas a las usuarias de la consulta externa de ginecología es muy satisfactorio.

Este resultado revela el esfuerzo, dedicación y responsabilidad de esta institución y su personal de salud y administrativo por ofrecer atención de calidad.

Se pudo identificar el área de oportunidad de mejora como el tiempo de espera en busca de lograr mayor satisfacción en las usuarias como parte de sus derechos como derechohabientes de esta institución.

Concluimos así que la hipótesis planteada de la siguiente manera: Más del 50 % de las usuarias de la consulta externa de ginecología presentan un nivel de satisfacción favorable sobre la atención recibida. Es aceptada. Así también se logró concluir los objetivos planteados en esta investigación.

Cumpliendo entonces con uno de los objetivos planteados se muestran sugerencias para lograr mayor calidad en la atención brindada a nuestras usuarias.

- Respetar el horario de consulta asignado a la usuaria permitiendo al médico contar con un tiempo mínimo de atención de 30 minutos por paciente, evitando también la carga excesiva de pacientes por día de consulta.*
- Que el personal asistente de enfermería realice la toma de signos vitales indicados a todas las pacientes que acuden a nuestra consulta.*
- Personal médico asegurarse de la comprensión de la usuaria sobre su estado actual y manejo a seguir.*

Durante la realización de este estudio no se presentó ningún contratiempo ni dificultad, y sin con apoyo y disponibilidad de las usuarias por ser encuestadas sobre la atención brindada en su consulta.

REFERENCIAS

1. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
2. Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes
3. Puentes E, Ruelas E, Martínez T, Garrido F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública. Mex. 2005;47
4. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calid Asist. 2002;17:22–9.
5. Gaceta Médica de México. 2014;150:195-9.- Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX). Arturo Fierros Hernández
6. Rodríguez, P. calidad asistencial en Gestión hospitalaria: Temes JL; Pastor V; Díaz JL. 2da Ed. Díaz de Santos. Madrid 1997.
7. Rodríguez P, calidad asistencial: Marco teórico y desarrollo histórico. Curso monográfico sobre calidad en la asistencia sanitaria. Universidad Menéndez Pelayo. Editado por SKB, Madrid 1998.
8. Instituto Mexicano del seguro social/ sub dirección General Médica/ Departamento de planeación Técnica de los servicios médicos/ auditoría médica, Boletín Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, 1960, II- supl 6.
9. Donabedian A, Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio, México, INSP, 1990.
10. Grupo básico interinstitucional de evaluación del sector salud, Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud, México, SS, Ago 1987.
11. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica.
12. Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

13. Grupo básico interinstitucional de evaluación del sector salud, Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades medicas del sector salud, Mexico, SS, Ago 1987
14. Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodríguez C, More-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Publica Mex* 2003;45:445-454.
15. Vicuña Marisol. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *Anales de la Facultad de Medicina. Lima Perú.* 2002; 63(1):40-50.
16. Ramírez-de-la-Roche O, López-Serrano A, Barragán-Solís A, Arce-Arrieta E. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2005; 7(1):22-26.
17. Ortiz-Espinoza RM, Muñoz-Juárez S, Torres-Carreño E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78:527-537.
18. Ortiz-Espinoza RM, Muñoz-Juárez S, Lechuga-Martin del Campo D, Torres-Carreño E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 13(4):229-238.
19. González-Castillo BI, López-Rojas P, Marín-Cotoñieto IA, Haro-García L, Macías-Rangel A. Satisfacción del usuario de los servicios de salud en el trabajo. *Rev Med IMSS* 2002; 40(4):301-304.
20. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998; 40:3-12
21. López-Serrano A, Ramírez-de-la-Roche OF, Arce-Arrieta E, Rivapalacio-Chiang-Sam IL. Evaluación de la calidad de la atención médica del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Arch Med Fam* 2002; 4(2):56-62.
22. Jiménez-Villegas MC y cols. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2003; 11(2):58-65.
23. Lavielle-Sotomayor MP, Cerón-Ruiz M, Tovar-Larrea P, Bustamante-Rojano JJ. Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46(2):129-134.

24. Ellers GM. Improving Patient Satisfaction With Waiting Time. *Journal of American College Health* 2004, 53(1)41-43.
25. Derose SF, Petiti DB. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. *Annu. Rev. Public Health* 2003, 24:363-84.