



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15

TÍTULO DE LA TESIS:

**EVALUACION DE LA SATISFACCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y
ATENCIÓN MEDICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS ADSCRITOS A LA
UMF 15 DEL IMSS. CD DE MÈXICO**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MANJARREZ NARVAEZ CIRIA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

Karen Areli Pecina Roldan

Irma Esmeralda Godínez Nava

CIUDAD DE MÉXICO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN	1
MARCO TEORICO	2
<i>SATISFACCION DEL PACIENTE</i>	3
ESTUDIOS	8
JUSTIFICACION	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVO GENERAL	12
OBJETIVO ESPECIFICO	12
HIPOTESIS DE TRABAJO.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS	12
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	13
PROCEDIMIENTO	13
ASPECTOS ESTADISTICOS.....	14
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	14
CÁLCULO DE LA MUESTRA	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	14
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	15
<input type="checkbox"/> SATISFACCIÓN	15
<input type="checkbox"/> EDAD	15
<input type="checkbox"/> SEXO	15
<input type="checkbox"/> ESCOLARIDAD	15
<input type="checkbox"/> TURNO	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN	16
CRITERIOS DE INCLUSION	16
CRITERIOS DE EXCLUSION	16
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	16
CONSIDERACIONES ETICAS	17
ETICA.....	17
RECURSOS	18
FACTIBILIDAD	18

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	19
BIBLIOGRAFIA	20
ANEXOS	22

RESUMEN

Uno de los principales retos del sistema de salud en México es mejorar la calidad de la atención, y en los últimos años las instituciones de salud han centrado su interés en este tema. Se han reconocido las siguientes dimensiones de la *calidad*: componente científico-técnico, accesibilidad, efectividad, satisfacción y eficiencia. La satisfacción de los usuarios y los proveedores de salud constituye una importante dimensión subjetiva del proceso de calidad. En términos de la evaluación de la calidad, la satisfacción del usuario es considerada una forma de evaluar los servicios otorgados y una estrategia para mejorar su planeación y organización. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud es mejorar el nivel y la distribución del trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud. En México entre noviembre de 2002 y abril de 2003 la Secretaría de Salud coordinó la Encuesta Nacional de Evaluación del desempeño 2001-2003 (ENED) realizada en México y sustentada en un marco de referencia propuesto por la OMS, dicha encuesta fue aplicada en 38746 hogares de las 32 entidades federativas del país para evaluar el desempeño de los sistemas estatales de salud utilizando indicadores de condiciones de salud, trato y justicia en el financiamiento. Uno de los aspectos incluidos en esta encuesta fue la calificación del trato recibido por los usuarios de los servicios de salud ya que es un hecho que éste influye decisivamente en la calidad de la atención brindada por lo diferentes proveedores.

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los servicio de salud y atención médica en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF N° 15 de Septiembre a Octubre de 2017.

Material y Método: Se realizará un estudio observacional descriptivo de tipo transversal, en un periodo de tiempo correspondiente de Septiembre a Octubre de 2017. Se llevará a cabo un muestreo aleatorio simple en pacientes diabéticos que cuenten con los criterios de inclusión, mediante la aplicación del cuestionario CSU-1ND y posteriormente se realizara un análisis estadístico de los datos obtenidos.

Recursos e Infraestructura: Por el investigador principal, equipo de cómputo Sony VIO personal, impresora, internet, hojas blancas, encuestas, bolígrafos, corrector, folders.

Experiencia del Grupo: Medico especialista en formación, asesor metodológico, médico especialista en epidemiología con experiencia en investigación; sin conflicto de interés en relación a esta investigación.

Tiempo a desarrollarse: 2 meses.

Palabras clave: Satisfacción, Calidad, Atención médica.

MARCO TEORICO

Los últimos años han significado para el sector sanitario de la mayoría de los países, una serie de importantes cambios enfocados a la mejora de los servicios de atención médica. Estos nuevos retos planteados tienen que enfocarse correctamente, de forma que se consolide lo que funciona bien y se pretenda mejorar lo que no funciona de forma adecuada. Entendemos por “forma adecuada”: a la adaptación, la asimilación, la aproximación o la congruencia de la prestación de servicios sanitarios con los requerimientos que la sociedad actual fórmula, que han evolucionado rápidamente, tanto desde la perspectiva sociológica como desde los modelos de funcionamiento y expectativas del usuario ⁽¹⁾.

La aparición e implantación de fórmulas de gestión que puedan amoldarse con las nuevas pautas culturales y sociales han originado un ámbito de referencia en el que las empresas que prestan asistencia sanitaria se han introducido en un proceso de reconversión, cuyos frutos han sido modernas empresas de servicios. Pero estas novedades no deben quedarse en la obtención de resultados rápidos y aparentes como los conseguidos a través de los cambios en las estructuras organizativas (con la separación de las funciones de planificación y financiación, por un lado, y las de provisión de servicios, por otra) o a través de las nuevas formas jurídicas (fundaciones, institutos, etc.) que, si bien se trata de elementos necesarios, no tienen la condición de suficientes para que el nuevo modelo no sólo funcione sino que se consolide y perdure; es en este aspecto donde el factor humano hace acto de presencia en toda su importancia como principio crítico del cambio y/o transformación. Las transformaciones duraderas sólo son viables si las actitudes y comportamientos de las personas que las ponen en juego se conducen hacia la finalidad que se persigue ⁽¹⁾.

Dentro de este marco la satisfacción de los clientes pasa a situarse como uno de los objetivos principales y, al menos en las empresas que adoptan como propios los principios de la calidad total ⁽²⁾, adquiere más importancia incluso que los mismos beneficios empresariales ⁽³⁾.

De los múltiples enfoques para abordar la transformación y perfeccionamiento de una organización, los que mejor funcionan son los que la consideran como un todo, una unidad sinérgica. Son los enfoques que persiguen la calidad total, la mejora continua en todos los servicios que prestan cada uno de los departamentos de la empresa. Debemos destacar la importancia que ha cobrado en la actualidad la orientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes, ofreciendo nuevos enfoques a los nuevos problemas y nuevas soluciones a los nuevos entornos tecnológicos y sociales. La consideración imprecisa de que el ciudadano cuenta con escasos o nulos conocimientos sobre las características de los servicios que se le prestan ha dado paso a una situación en la que representa un papel de agente activo en la organización sanitaria. En sentido empresarial, se trata de una orientación del servicio al cliente (en este caso, externo) y la preocupación por satisfacer sus necesidades. De la relevancia que la orientación hacia el usuario y su satisfacción es el criterio con mayor peso específico a la hora de valorar la excelencia de una compañía (20%) ⁽⁴⁾.

De esta forma, el ciudadano se convierte en motor y centro del sistema sanitario. Las necesidades del paciente son “el eje sobre el que deben articularse las

prestaciones asistenciales y constituir la base de la organización de los servicios y de los propios hospitales”⁽⁵⁾.

El propósito de estudiar la satisfacción de los pacientes como base del éxito de cualquier organización que preste servicios de salud, y como elemento fundamental para una gestión de la calidad total, es entender por ella un conjunto de principios y métodos organizados de estrategia global, dirigidos a movilizar a toda la empresa a fin de obtener la mayor satisfacción del cliente al menor coste posible⁽⁶⁾. Procedemos, por tanto, a definir la satisfacción del paciente a través de los conceptos de expectativas y calidad percibida.

SATISFACCION DEL PACIENTE

Los usuarios y su satisfacción son ahora la piedra angular del servicio de salud. Partiendo de esta premisa, se impulsa una nueva cultura de gestión estableciéndose una serie de prioridades: La mejora en el acceso al sistema, la participación del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo especialista o la libre elección de unos servicios sanitarios que pretenden ser más personalizados, confortables y de alta calidad humana y científico técnica⁽⁷⁾. Todos estos son elementos constitutivos de lo que llamaríamos un servicio de calidad total y global, cuyo fin primordial y concreto sería la satisfacción del usuario. La satisfacción también ha sido testigo de una evolución paralela. Era un tema, normalmente, tratado desde la óptica de los proveedores sanitarios que, gracias a su experiencia y conocimientos, eran capaces de delimitar las necesidades de los pacientes. En la actualidad, hemos pasado a una nueva manera de entender la satisfacción del paciente, acudiendo directamente a ellos para determinar cuáles son realmente sus necesidades y sus expectativas.

Se trata de una nueva forma de trabajar que, se ha denominado “cuidados centrados o focalizados en el paciente”. Todo esto implica un cambio cultural de las organizaciones sanitarias y de la forma en que los profesionales deben tratar y ver al paciente.

Desde esta perspectiva, es necesario que el profesional sanitario conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente para incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria⁽⁸⁾. Entre las teorías de la satisfacción más extendidas, y sobre la que existe mayor solidez empírica, destaca la correspondiente al denominado paradigma de la “desconfirmación de expectativas”⁽⁹⁾. Según este enfoque, se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido (su percepción de la experiencia), es decir, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado. Según este modelo, la satisfacción aparece como resultado de la confirmación de las expectativas o de la desconfirmación positiva de las mismas, mientras que la mayor insatisfacción se produce en el paciente que posee una expectativa exigente y que recibe una mala asistencia⁽¹⁰⁾.

La técnica es sencilla: El punto de partida es conocer qué necesita y espera el paciente (real y potencial). Estas necesidades se convertirán en requisitos y objetivos que configurarán la calidad global del servicio sanitario. Esto supone una reorientación de los procesos asistenciales para que incorporen el punto de vista del paciente, lo que “debe” revertir en una mejora de la efectividad y de la eficiencia, de acuerdo con el modelo de calidad total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la satisfacción del paciente ⁽¹¹⁾. Evaluar la adecuación entre los servicios ofrecidos, disponibles y accesibles, y las necesidades de los usuarios; sus expectativas. Tal adecuación no puede trazarse más que por el propio paciente, lo que éste percibe, lo que a su parecer ocurre durante la prestación del servicio; es la calidad percibida ⁽¹²⁾. De la concurrencia del binomio expectativas- calidad percibida, obtendremos el nivel de satisfacción del usuario de los servicios sanitarios, satisfacción que será tanto mayor, no sólo cuanto más adecuación se produzca entre expectativas y percepciones del paciente, sino cuanto mayor sea la superación de esas expectativas. Si hablamos de expectativas del paciente hemos comprobado que una forma de conseguir la máxima adecuación de los servicios prestados a las expectativas del paciente, y de esta manera lograr la satisfacción del mismo, es el conocimiento de dichas expectativas. Por tanto, los proveedores de los servicios de salud (médicos, administradores y empleados en contacto con los pacientes) deben identificar qué esperan los pacientes de un servicio sanitario para, de esta forma, conseguir su satisfacción ⁽¹³⁾.

O'Connor et al, consideran que las expectativas del paciente son fundamentales a la hora de la formación del grado de satisfacción sobre la calidad del servicio sanitario recibido ⁽¹⁴⁾. En cuanto a la calidad percibida y calidad del servicio debemos volver a insistir en que las expectativas no deben considerarse un límite (no son el nivel óptimo al que deben acercarse, en lo posible, las prestaciones sanitarias), sino que lo ideal es superar esas expectativas, de forma que se logre maximizar la satisfacción, y maximizar lo que algunos autores denominan “calidad sorpresa” que englobaría los aspectos no esperados por el cliente, de manera que se genera una fuerte sensación de “buen servicio” ⁽¹⁵⁾.

Lo realmente importante para el consumidor es su grado de satisfacción. Éste será el resultado según lo visto hasta ahora, de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida), que no es exactamente la que recibe (calidad asistencial). La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el usuario del mismo recibe no tiene por qué coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente sí estará directa e íntimamente relacionada.

Teniendo en cuenta que la percepción que el paciente tenga de la calidad del servicio influirá en sus expectativas futuras, este proceso de mejora no estaría completo sin una constante revisión y perfeccionamiento de la calidad asistencial ofrecida. Por otro lado, las variables que podemos considerar controlables (sobre las que puede incidirse) por los proveedores sanitarios son las señaladas como integrantes de la calidad asistencial, la calidad del servicio. De aquí la importancia de identificar correctamente las necesidades y las expectativas de los pacientes y de conocer su opinión y sus percepciones para hacer que toda la organización

trabaje y se implique, en este sentido, en la búsqueda de la satisfacción del usuario, maximizando su calidad percibida. El paciente participa y suele aportar información de forma “no orientada” a través de buzones de sugerencias, quejas, hojas de reclamaciones, elección de centros sanitarios o la elección de médico. No obstante, esta información no es suficiente. Las técnicas de investigación “orientadas”, destinadas a conocer determinados aspectos de la asistencia sanitaria, son especialmente útiles a la hora de analizar la perspectiva del paciente y valorar adecuadamente la calidad asistencial.

En las últimas décadas, se ha producido un creciente interés por la medición, evaluación y mejora de la calidad en la asistencia sanitaria. En un principio, esta medición se centró en las estructuras, pero cada vez más el interés se centra en los resultados. Entre las diferentes medidas de resultado se encuentra la satisfacción del usuario que es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad, al considerarla el eje central del servicio. Por tanto, es necesario contar con instrumentos que sean válidos y fiables para medir esa satisfacción. Por consiguiente, a través de distintos métodos se evaluará no sólo la prestación del servicio en sí sino también en comparación con las expectativas de los usuarios, ya que estas expectativas son los parámetros que los usuarios usan para juzgar las prestaciones que perciben.

Generalmente, este tipo de información se obtiene mediante la utilización de métodos “orientados”, cuantitativos u objetivos y cualitativos o subjetivos. Entre los primeros, podríamos destacar los informes del usuario (patient reports), que se utilizan para obtener información objetiva sobre la calidad de la atención recibida, y, entre los segundos, las encuestas de satisfacción y los grupos focales o círculos del paciente que proporcionan resultados sobre la asistencia sanitaria desde la perspectiva (subjetividad) del paciente ⁽¹⁶⁾ y se considero que la escasa operatividad de las encuestas de satisfacción, no eran capaces de identificar las causas sobre las que se podría actuar para mejorarla. Cobró entonces fuerza otro tipo de enfoque y encuesta, los “Informes del paciente” (*Patients’ reports*) que medían no ya el nivel de satisfacción sino los problemas encontrados en la experiencia asistencial desde el punto de vista del paciente. Este paso desde un resultado subjetivo (la satisfacción) a un proceso objetivo (problemas en la experiencia asistencial) ha ido en paralelo a una nueva concepción del punto de vista del paciente como dimensión de la calidad, incorporado con el término “atención centrada en el paciente”, adoptado “oficialmente” por el Instituto of Medicine (IOM) ⁽¹⁷⁾, utilizado en casi todo el mundo, hasta llegar a convertirse en eje central de la política sanitaria de la OMS ⁽¹⁸⁾.

La definición más utilizada y referenciada de la “atención centrada en el paciente” es la del IOM: “Provisión de atención sanitaria que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente, asegurando que guían todas las decisiones clínicas”, pero no es la única. Por una parte, hay propuestas de ampliación del término que incluyen explícitamente a la familia o allegados (*“Patient and Family-centred care”*), así como a la población en su conjunto (*“People-centred health care”*); y por otra, intentos diversos de explicar más concretamente cuáles son las características de los procesos asistenciales que los identificarían como “centrados en el paciente”. Una revisión de definiciones y principios en torno a la atención centrada en el paciente realizada por la Alianza Internacional de

Organizaciones de Pacientes (IAPO) ⁽¹⁹⁾, destaca como elemento común a todas las definiciones el respeto por las necesidades, preferencias y valores de los pacientes. La primera objeción del sistema de atención tradicional es la cuestión (ya planteada cuando sólo se hablaba de satisfacción) de si el profesional sanitario debería aceptar y plegarse a todas las peticiones de los pacientes para poder cumplir con esta dimensión de la calidad. En este sentido, conviene destacar que la clave es lograr el compromiso del paciente como *participante activo* de su propio proceso asistencial, pero cuestionando sus creencias y valores cuando sea necesario para optimizar el tratamiento. No es, por tanto, capitular ante todas las peticiones del paciente; dar información y esperar que el paciente la entienda y utilice por su cuenta; o centrar las actuaciones en la enfermedad, la tecnología o las necesidades de los centros asistenciales ⁽²⁰⁾. El secreto es, la comunicación; y el principal, la atención a la persona, no sólo a la enfermedad. También se ha apuntado que un límite claro a la concesión de las preferencias del paciente sería que éstas resultan ser perjudiciales para el resto de pacientes o población, pasando la discusión desde la atención individual a la colectiva. Lo que sí parece obvio es que en los sistemas de salud no es frecuente la atención centrada en el paciente, sino que es el paciente el que debe adaptarse al sistema y navegar con dificultades entre sus muchas intersecciones, sin contemplar en realidad sus necesidades y expectativas ⁽²¹⁾.

A nivel general, *el rediseño de los procesos asistenciales* se vincula principalmente con problemas estructurales (organizativos) de accesibilidad, coordinación de servicios y continuidad de cuidados, transparencia informativa y participación comunitaria. A nivel de procesos asistenciales específicos, implica incorporar el respeto a las preferencias, participación del paciente, una información compartida adaptada a las preocupaciones, creencias y expectativas de cada paciente en particular, una deliberación compartida en las decisiones a lo largo de todo el proceso de atención, y lograr en definitiva lo que se ha llamado un “pensamiento compartido” o forma similar de ver las cosas entre profesionales y pacientes para abordar situaciones y decisiones. El reto supera con creces el concepto de “satisfacción del paciente”, que ha pasado a ser sólo uno de los resultados que hay que intentar conseguir al prestar atención sanitaria. El foco es ahora la estructura y procesos que logren atender real y adecuadamente, con respeto y participación, las necesidades y expectativas de pacientes y población. Quizá lo menos desarrollado, y más necesario en la actualidad, son las herramientas y metodologías para facilitar la participación activa del paciente/población en la toma de decisiones y en su propio proceso asistencial. Hay, no obstante, experiencias consolidadas y pioneras en este terreno como la del Aval Ciudadano impulsado en México dentro de la Cruzada por la Calidad y mantenido hasta hoy ⁽²²⁾. Finalmente, las implicaciones que esta tendencia está teniendo para los sistemas de monitorización son también de gran relevancia. Se necesitan herramientas e indicadores que incorporen de forma objetiva hasta qué punto hay o no problemas relacionados con la atención al paciente, respetuosa y participativa.

Esta información ha de venir sobre todo, aunque no sólo de los propios pacientes, que son los protagonistas que pueden juzgar e informar lo que está ocurriendo. Hay ya mucho camino recorrido, pero aún queda también mucho por recorrer.

Las encuestas “tipo informe” supusieron un importante paso adelante, pero hay aspectos conceptualmente incluidos en la atención centrada en el paciente aún no transformados en herramientas de medición adecuadas. Así se concluye, por ejemplo, en una revisión realizada (circunscrita al ámbito anglosajón y en el campo de la Medicina Familiar) sobre herramientas basadas que miden los diversos aspectos de la atención centrada en el paciente ⁽²³⁾.

En México el Programa de Acción Especifico (PAE) 2013- 2018 tiene como misión contribuir al acceso efectivo de los servicios de salud, mediante la instrumentación de estrategias dirigidas a mejorar, homologar y consolidar la calidad en los establecimientos y servicios de atención médica, en apego y cumplimiento a la normatividad; así como la formación y actualización de los profesionales de la salud en alineación con las necesidades demográficas y epidemiológicas del país para elevar la satisfacción de los usuarios. En el siguiente cuadro podemos observar los indicadores y metas establecidas en número de usuarios satisfechos entrevistados por unidad de salud, para el año 2017 tenemos como meta, obtener el 64% de los usuarios satisfechos de cada unidad de salud y para el 2018 el 65%⁽²⁴⁾.

USUARIOS SATISFECHOS CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA						
INDICADOR	Usuarios satisfechos con la calidad de la atención médica recibida.					
DESCRIPCIÓN GENERAL	Compara el número de usuarios satisfechos con la calidad de la atención médica recibida y el número de usuarios del establecimiento de salud entrevistados, ambos datos medidos por la encuesta realizada por el Aval Ciudadano.					
OBSERVACIONES	Este indicador se actualizó con la finalidad de que la información sea obtenida a través del Aval Ciudadano y no de las propias unidades de atención.					
PERIODICIDAD	Anual					
FUENTE	Informe Anual de Actividades del Aval Ciudadano.					
REFERENCIAS ADICIONALES	No aplica.					
METAS						
LÍNEA BASE 2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	NA	NA	62%	63%	64%	65%

El presente trabajo de investigación evalúa los servicios de atención recibidos en el primer nivel de cobertura de salud, adaptado a las características socioculturales de los individuos usuarios en la Ciudad de México. El instrumento fue realizado por Silberman y cols y publicado en 2016 (Cuestionario de Satisfacción de los Usuarios en el Primer Nivel de Atención CSU-1ND). En donde plantea analizar la satisfacción del usuario adulto con Diabetes Tipo 2, abordando esta enfermedad desde la perspectiva de las enfermedades trazadoras ⁽²⁵⁾.

La enfermedad trazadora permite que, a través de un problema de salud (trazador) se identifiquen los atributos de los servicios y sistemas de salud y de esta manera obtener evidencia del funcionamiento de toda la organización que se está evaluando. Su consistencia muestra un α de 0.94. La estructura factorial incluye 29 reactivos que se correlacionan con las 6 dimensiones con cargas factoriales > 0.581 que explican el 66.8% de la varianza total, de estas 16 evalúa, la relación con el profesional médico (55,17%), mientras que las instalaciones se evalúan en los restantes 13 reactivos (44.83%). Utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos que va de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. El instrumento mide 6 dimensiones/factores sobre la satisfacción del usuario con el tratamiento médico

recibido, las características de las instalaciones, la actitud del médico, los elementos necesarios para la atención de la enfermedad, las explicaciones recibidas y las dificultades para obtener atención. Las puntuaciones altas del instrumento se traducen en mayor satisfacción de los usuarios para cada una de las dimensiones y al final se obtendrá un promedio de satisfacción por dimensión y por total de encuestas, considerando resultados en porcentaje por arriba del 80% como satisfacción del usuario.

El instrumento podría ser utilizado en otras enfermedades e incluso en otros niveles de atención médica, presenta un nivel adecuado de validez y confiabilidad, y es rápido y sencillo de aplicar ^(26,27).

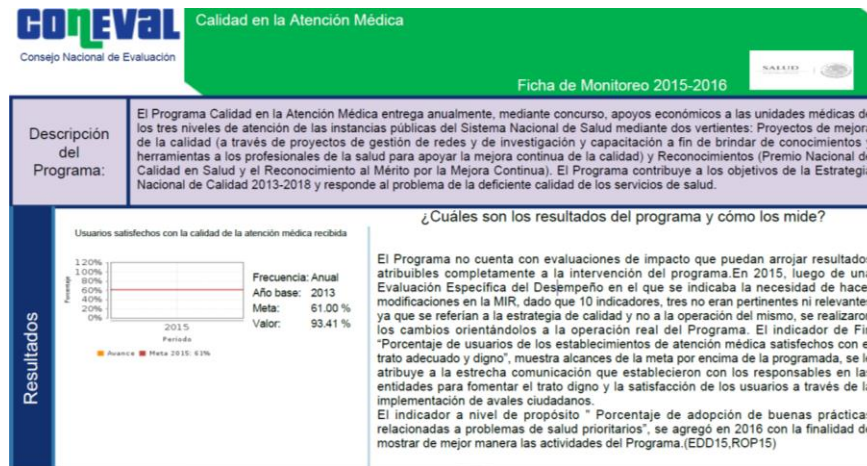
ESTUDIOS

Se han realizado diversos estudios de satisfacción. En el estudio realizado por M.S Silberman, et al, en la Ciudad de México con el objeto de establecer un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes, del primer nivel de atención, dependientes de la secretaria de salud, de dos jurisdicciones sanitarias de las 16 que conformaban el total de la ciudad durante el año 2011, las cuales fueron seleccionadas por conveniencia en virtud de que sus características socio demográficas representaban a los individuos que acudían al centro de salud. Se realizó un estudio mixto: cualitativo, mediante el uso de redes semánticas naturales (RSN), y cuantitativo, con el diseño de un instrumento a través del análisis factorial exploratorio. Se utilizó el tamaño de muestra recomendado del 10% de la población objetivo, por lo que de los 657 pacientes con diabetes que asistieron en una semana a los centros de salud seleccionados se invitó a participar a 70, que fueron elegidos de forma aleatoria simple y de acuerdo a los criterios de selección (tener por lo menos un año de tratamiento continuo en el centro de salud, ser de cualquier sexo y mayores de 40 años). Se encontró que la satisfacción del usuario se estableció aproximadamente en un rango del 66.3%⁽²⁶⁾.

En un estudio de satisfacción de la relación médico - paciente en el 2011, en una Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, se aplicó un estudio transversal y descriptivo, con muestreo por conveniencia en pacientes del módulo de diabetes donde se aplicó una ficha de identificación y un instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, llamado *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ-9). Se realizaron además mediciones de glucosa en ayuno y hemoglobina glicosilada, para evaluar control glicémico, así como colesterol total, triglicéridos, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y presión arterial para evaluar el control metabólico. De los 129 pacientes evaluados, 63.6% presentaron buen control glicémico y 32.6% buen control metabólico. Del total del cuestionario, el 83.9% considera tener buena relación médico paciente; en cuanto a las dimensiones, el 75.2% están satisfechos y el 69% refieren tener buena comunicación y accesibilidad con el médico. Las asociaciones con el control glicémico y metabólico presentaron correlaciones bajas ⁽²⁸⁾.

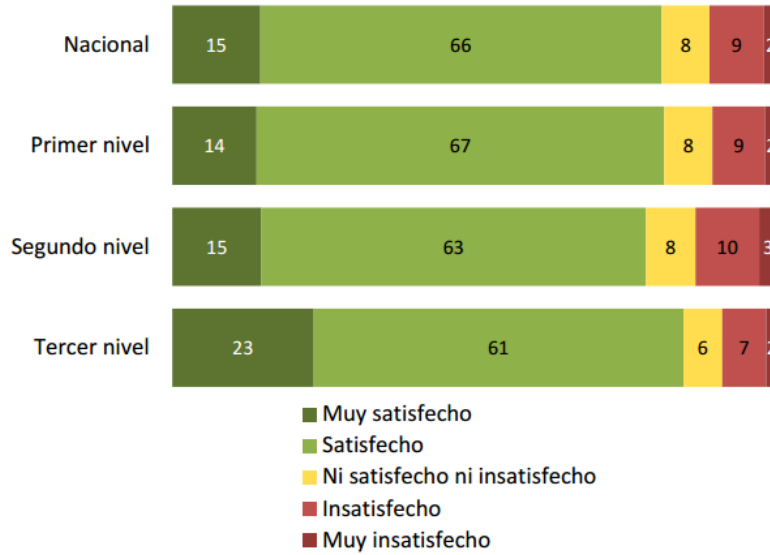
La última Evaluación de Programas Presupuestarios 2015, en el que se circunscribe el Programa "Calidad de la Atención Médica"(antes SICALIDAD) coordinada por la

Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud y evaluados en los términos de las disposiciones emitidas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reporta que el porcentaje de usuarios de los establecimientos de atención médica satisfechos con el trato adecuado y digno”, muestra alcances de la meta por encima de la programada, se le atribuye a la estrecha comunicación que establecieron con los responsables en las entidades para fomentar el trato digno y la satisfacción de los usuarios a través de la implementación de avales ciudadanos⁽²⁹⁾.



Otro estudio reciente encontrado es la encuesta nacional de satisfacción a usuarios de servicios médicos (ENSAT) publicada en Julio de 2016 tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios médicos que otorga el IMSS con una muestra de 99,431 usuarios de servicios médicos atendidos (74,853 en primer nivel, 19,964 en segundo nivel y 4,614 en tercer nivel). Población: Derechohabientes mayores de 18 años y padres o tutores de los menores de edad, usuarios de los tres niveles de atención, durante las fechas de levantamiento (del 28 de junio al 8 de agosto de 2016). Se reportó a nivel nacional, 81% de los usuarios están muy satisfechos con la atención médica que reciben en el IMSS, y que midió los resultados por grado de satisfacción desde muy satisfecho hasta, muy insatisfecho, de este en el primer nivel de atención se encontró que el 14% está muy satisfecho, 67% satisfecho, 8% ni satisfecho ni insatisfecho, 9% insatisfecho y 2 % muy insatisfecho.

Satisfacción con la atención médica recibida en el IMSS^{1/2}
Porcentaje de derechohabientes



1. El resultado nacional contempla a derechohabientes usuarios de los tres niveles de atención médica.
 2. Los resultados pueden no sumar 100 debido al redondeo y/o a que no se muestra la categoría "No sabe/No responde".

En este estudio se encontró que la UMF 39 Comisión Federal de Electricidad Xola destaca con un 94% de satisfacción en comparación con la UMF 15 Ermita Iztapalapa con 78% ⁽³⁰⁾.

Existen otros trabajos publicados sobre población mexicana usuaria de servicios de salud, pero no hacen público el instrumento utilizado o bien estudian a pacientes en el marco de la seguridad social o a pacientes hospitalizados ⁽³¹⁾.

JUSTIFICACION

El servicio de salud que se brinda en las Unidades de Medicina Familiar provoca, como en todo servicio, grados de satisfacción en los usuarios que hay que medir y atender, pues dicha satisfacción es nuestra guía en la toma de decisiones para buscar una atención médica de calidad y, a partir de esto, identificar las áreas de oportunidad para mejorar el sistema mismo. 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 de ahí la importancia de evaluar los grados de satisfacción de los usuarios. Por tal razón, se torna indispensable la adecuación de los espacios y el trato directo con el usuario de los servicios de salud.

La situación actual de los servicios de salud pública y privada que se otorgan a la población en México demanda un grado de satisfacción que sería, pues, el indicador fundamental de la calidad asistencial de los procesos de atención médica, el IMSS como principal Institución de Salud Pública en el País no es la excepción. Mi propuesta es establecer mediante un instrumento de evaluación de los servicios de salud que brindamos como unidad de primer nivel, así como identificar mediante esta evaluación áreas de oportunidad y mejora que permitan buscar una estrategia continua de la atención médica que otorgamos en la Unidad de Medicina Familiar N. 15 del IMSS.

Se pretende obtener el grado de satisfacción de los usuarios portadores de Diabetes Tipo 2 ya que el instrumento a utilizar para la encuesta exige una enfermedad trazadora en este caso considero utilizar pacientes con esta enfermedad, que nos permita obtener evidencia del funcionamiento y atención médica en la unidad que se está evaluando, de lo cual hasta el momento no hay un trabajo de investigación previo, siendo importante definir al concluir el mismo las áreas de oportunidad y mejora en relación a los resultados obtenidos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado la satisfacción de los servicio de salud y atención médica en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 15 durante el periodo de Septiembre a Octubre de 2017?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de satisfacción de los servicio de salud y atención médica en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 15 durante el periodo de Septiembre a Octubre de 2017.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Describir las características socio demográficas (sexo y edad), escolaridad y turno de los pacientes con Diabetes tipo 2, adscritos a la UMF N° 15.
- Evaluar cada una de las seis dimensiones sobre la satisfacción de los pacientes: Tratamiento médico, instalaciones, actitud del médico, elementos necesarios para la atención de su enfermedad, explicaciones acerca de su padecimiento y dificultades para recibir su atención.
- Comparar el grado de satisfacción de los servicios durante el turno matutino y vespertino.

HIPOTESIS DE TRABAJO

El grado la satisfacción de los servicio de salud y atención médica en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF N° 15 es bueno en el 80%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y Diseño del estudio: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

Población: Pacientes subsecuentes con Diabetes Tipo 2 atendidos en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15, IMSS, Ciudad de México, en el periodo Septiembre a octubre de 2017.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar Numero 15 del IMSS. Ciudad de México

Límite de tiempo: Septiembre a octubre de 2017.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizará el presente estudio a usuarios de la consulta externa de la UMF N° 15 portadores de Diabetes Tipo 2 que cumplan los criterios de inclusión que exige el estudio, una vez captado el candidato se le explicara previo al consentimiento informado el tipo de estudio y los objetivos de la realización del mismo, una vez aceptado y aclarando las dudas que devengan se procederá a realizar la encuesta; al termino se realizara hoja de recolección de datos con variables referidas como edad, sexo y escolaridad, en base a la información obtenida se realizará análisis factorial utilizando el sistema SPSS, obteniendo distribución porcentual, tasas y rangos de confiabilidad, para las variables y cada una de las 6 dimensiones de la misma, presentando la información en gráficos y tablas simples.

PROCEDIMIENTO

Dentro de la Unidad Médica en el área de consulta externa; al termino de la consulta se identificara al usuario y una vez reunidos los criterios de inclusión se le invitara a participar en el estudio explicándole los fundamentos, objetivos y utilidad de la información obtenida mediante la encuesta, se le dará la hoja de la encuesta, un bolígrafo de tinta negra explicándoles detalladamente el llenado de la misma, una vez concluido se guardara cada una de las hojas en una carpeta con rotulo del título del trabajo, una vez concluida el total de la muestra necesaria para la realización del trabajo se realizará el análisis de los resultados.

ASPECTOS ESTADISTICOS

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo aleatorio simple mediante la fórmula para cálculo de poblaciones finitas.

CÁLCULO DE LA MUESTRA

El censo de pacientes diabéticos tipo 2 de la unidad de medicina familiar 15 en la delegación sur es de 505 pacientes con un 95% de nivel de confianza y un margen de error de 5%. Mediante la fórmula

$$no = \frac{Z^2 * pq}{e^2} = n' = \frac{no}{1 + \frac{no-1}{N}}$$

Dónde:

p= prevalencia (0.5)

q= 1-p (0.5)

Z= Valor crítico (1- α (95%)) 1.96

e= margen de error (0.05)

N= Tamaño del universo

Obteniendo un cálculo final de tamaño de muestra de **219** pacientes

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se diseñara una base de datos en Excel, la cual será importada al programa SPSS, se aplicará estadística descriptiva, con estimación de frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y en el caso de las cuantitativas media y desviación estándar en caso de tener distribución normal y en caso de una distribución no normal y mediana.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Satisfacción**

- Definición conceptual:
Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria
- Definición operativa: Cuestionario Satisfacción de los Usuarios en el Primer Nivel de Atención CSU-1ND
- Variable: Cualitativa Ordinal
- Escala de Medición:
 - Totalmente de acuerdo
 - De acuerdo
 - Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

- **Edad**

- Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento
- Definición operativa: Años de vida que tiene el paciente al momento de la aplicación de la encuesta.
- Variable: Cuantitativa Razón
- Escala de Medición: Registro de los años

- **Sexo**

- Definición conceptual: Se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombre y mujer.
- Definición operativa: Registrar el sexo
- Variable: Cualitativa Nominal Dicotómica
- Escala de Medición:
 - Femenino
 - Masculino

- **Escolaridad**

- Definición conceptual: Grado de educación formal cursado y aprobado en algún tipo de establecimiento educacional.
- Definición operativa: Último grado escolar cursado.
- Variable: Cualitativa Ordinal
- Escala de Medición:
 - Sin escolaridad

- Primaria
 - Secundaria
 - Preparatoria
 - Licenciatura
- Turno
 - Definición conceptual: Orden según el cual se suceden varias personas en el desempeño de cualquier actividad o función.
 - Definición operativa: Registrar el turno
 - Variable: Cualitativa Nominal Dicotómica
 - Escala de Medición:
 - Matutino
 - Vespertino

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diabetes tipo 2 derechohabientes usuarios de consulta externa; que acepten participar en el estudio, mayores de 30 años.
- Pacientes subsecuentes que acudan a su control en el último año a 4 consultas.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que hayan abandonado su tratamiento en los últimos 6 meses.
- Pacientes que presenten alguna otra comorbilidad crónica.
- Usuarios que presenten discapacidad mental y/o auditiva.
- Personal que labore o familiares de la institución; derechohabientes usuarios de la consulta externa.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios incompletos.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio conto con la aprobación del comité de investigación, consentimiento informado del paciente además se tomo en consideración la declaración de Helsinki con su última enmienda en Corea del Sur en el 2008, el código de Núremberg, el reporte de Belmont, además de las instancias legales mexicanas: La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, la ley general de salud y su reglamento en materia de investigación para la salud.

ETICA

Basado en el reglamento de la general de salud en materia de investigación para la salud con fecha de 06 de Enero de 1987 en su Artículo 17 que dicta: se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de la investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, nuestro estudio de investigación queda dentro de la Fracción I de este articulo dado que este protocolo se considera ***sin riesgo*** ya que son estudios que emplean técnica y métodos de investigación documental retrospectivos o como en nuestro caso aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se trata aspectos sensitivos de su conducta.

RECURSOS

1. Recursos Humanos:
Asesor Clínico
Asesor Metodológico: Dra. Karen Areli Pecina Roldan
Asesor Clínico: Dra. Irma Esmeralda Godínez Nava
Médico Residente de Primer año
Derechohabientes de la Unidad de medicina Familiar número 15.
2. Recursos Físicos:
 - Área Física: Sala de espera de la Unidad de Familiar No. 15
 - Cuestionarios foliados aplicables al paciente.
3. Recursos Materiales: Equipo de computo Sony VIO personal, Impresora, Internet, hojas blancas, Encuestas, bolígrafos, corrector, folders.
4. Recursos Financiamiento: El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria

FACTIBILIDAD

El presente estudio será factible de realizar dado que se cuenta con todos los recursos necesarios para la realización del mismo. No se requiere experiencia específica para el desarrollo del trabajo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2016								2017								2018									
MES	T*	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Abri	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Abri	May	Jun	Jul	Ago	
ACTIVIDADES																										
Redacción y correcciones de Proyecto	P*	X	X	X	X	X	X	X																		
	R*	X	X	X	X	X	X	X																		
Correcciones al anteproyecto y envío al comité de Investigación	P*								X	X	X	X														
	R*								X	X	X	X														
Aceptación del Trabajo de Investigación	P*												X	X												
	R*												X	X												
Aplicación de encuestas a los pacientes y captura de información	P*													X	X											
	R*													X	X											
Análisis e Interpretación de Resultados	P*																							X		
	R*																									
Elaboración del informe Final	P*																									X
	R*																									

T*:
Tiempo
P*:
Programado
R*: Real

BIBLIOGRAFIA

1. Triguell SL. Modelo europeo de excelencia de la EFQM: un instrumento facilitador de la mejora continua. Rev Calidad Asistencial 1998; 13:445.
2. Cottle D. El servicio centrado en el cliente. Madrid, 1991.
3. European Foundation for Quality Management. Total Quality Management. Bruselas, 1992.
4. Corbella A, Maturana S. Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. Rev Calidad Asistencial 2000;15:357.
5. Sánchez LF. La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad. Rev SAS información 2000; 4:3.
6. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
7. Servicio Andaluz de Salud Información. Contrato-Programa de los hospitales del SAS para el año 2000. 2000; 5.
8. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
9. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calidad Asistencial, 2000;5: 36-42.
10. Cadotte, Woodruff R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. J Marketing Res 1987; 24:305-14.
11. Feigenbaum AV. Total quality control. Washington: McGraw-Hill, 1961.
12. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. Journal of Marketing, 1994; 58: 111-24.
13. Chías J. La imagen de los servicios. ICE 1993; 722:119-25.
14. O'Connor SJ, Shewchuk RM, Carney LW. En: Martín Fuentes MT, Román González MV, editores. Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. Harvard Business Review. 1998; 86: 96-103.
15. Palacio L, Díez JD. ¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción de nuestros clientes? Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 661-6.
16. Rocío D. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Universidad de Málaga. Rev Calidad Asistencial, 2002;17(1):22-29.
17. WHO/WPRO- People at the Center of Care Initiative. [Acceso: 6 de Agosto de 2012]. URL Disponible en: <http://www.wpro.who.int/sites/pci/>.
18. What is patients centred healthcare? : A review of definitions and principles. IAPO 2007. [Acceso 06 de Agosto de 2012]. URL Disponible en: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20PatientCentred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>
19. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC, Why the Nation needs a policy push on patient centered health care, Health Aff; 2010, 8:1489-95.
20. Ontario Medical Association (OMA), Patient-centered care, OMA Policy Paper, 2010. [Acceso 06 de Agosto de 2012]. URL Disponible en: <https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare,2010.pdf>.

21. Aval Ciudadano, Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno, México, Secretaría de Salud (SS), 2004. [Acceso 06 de Agosto de 2012]. URL Disponible en:
22. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7532.pdf>.
23. <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html> [Acceso: 6 de Agosto de 2012].
24. Modelo de Gestión de Calidad en Salud. México: Secretaria de Salud.[Acceso 31 de Agosto de 2017]. URL Disponible en: dgces.salud.gob.mx/pnc2017.
25. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Sal Pub. México.1993; 35(3):238-247.
26. M.S. Silberman et al.: Construcción y Validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención medica en la Ciudad de México. Gac Med Mex. 2016; 152:43-50.
27. Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Encuesta nacional sobre satisfacción de los usuarios con los servicios de atención médica, Cuba, 1990. La Habana, Cuba: MINSAP; 1990.
28. Maricruz RA, Oscar AG, Alberto GP. Satisfacción de la relación médico-paciente y su asociación con el control metabólico en el paciente con diabetes tipo 2. Revista de Endocrinología y Nutrición.2011; 19 (4):149-153.
29. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (2008). Informe final de Evaluación Programa SICALIDAD. México. SSA
30. Encuesta Nacional de Satisfacción del usuario de los servicios médicos del IMSS, (ENSat). México. Gobierno de la Republica, IMSS. 2016. [Acceso 02 de Agosto de 2016]. URL Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional>
31. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring Patients perceptions of patient-centered care; A systematic review of tools for Family Medicine, Ann Fam Med, 2011; 9:155-64.

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA

Cuestionario Satisfacción de los Usuarios en el Primer Nivel de Atención CSU - 1ND

Encuesta de Satisfacción de usuarios

La siguiente es una encuesta para conocer su nivel de satisfacción con los servicios de esta unidad médica. No se requieren datos personales, su participación es totalmente voluntaria y no traerá consecuencias en su atención. Esperamos conocer aquellos aspectos importantes a mejorar por parte de la Unidad.

Unidad de Medicina Familiar N°15

Fecha:

Edad:

Sexo:

Ultimo año escolar finalizado:

Turno:

"Lea cuidadosamente cada pregunta y escoja solo una de las opciones que aparecen inmediatamente debajo de la pregunta; y marque con una x"

1. Los médicos que me atendieron en esta unidad tienen un gran conocimiento de cómo tratar mi enfermedad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2. Gracias al tratamiento que me dieron en esta Unidad, he tenido una mejoría notable en mi padecimiento.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
3. De las cosas que valoro de esta Unidad es el buen trato recibido por todos los profesionales.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
4. En cuanto a la atención recibida, considero que en general ha sido muy buena:				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
5. En cuanto a la revisión clínica, siento que los médicos la han hecho de manera muy completa.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. Los médicos me explican claramente cada cosa relacionada con mi padecimiento.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
7. Esta Unidad cuenta con todas las especialidades médicas que requiero para atender mi enfermedad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8. El laboratorio de la Unidad tiene lo necesario para realizar las pruebas que requiere mi enfermedad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9. En términos generales, los baños de la Unidad son suficientes para el uso de los pacientes.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. La Farmacia de la Unidad está surtida adecuadamente de las medicinas necesarias para tratar mi enfermedad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11. La Unidad cuenta con los suministros necesarios para atender mi problema de salud.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
12. Los médicos que me atienden, se caracterizan por tener siempre un trato amable hacia mi persona.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13. Los médicos que me atienden, al llegar me reciben siempre con un saludo cordial.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

14. Los médicos que me han atendido en esta Unidad dedican el tiempo necesario para mi consulta.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
15. Los médicos que me han atendido en esta Unidad transmiten calidez en su manera de tratar.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
16. En la consulta con el médico, al plantearle mis problemas me he sentido escuchado.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Al momento de plantearle mis inquietudes al médico que me atiende, éste me las ha explicado completamente.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

18. La buena organización caracteriza a esta Unidad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. Las características de los consultorios garantizan la privacidad en mi consulta y la de los demás.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
20. Cuando mi problema de salud lo ha requerido, la Unidad resolvió mi canalización (hospital/especialista)				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

21. El médico me explicó claramente el origen de mi especialidad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
22. En la Unidad me han explicado cuales son los cuidados que debo de tener en el control de mi enfermedad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. El médico me advirtió claramente las posibles consecuencias que puede traer mi enfermedad.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
24. Desde el primer momento me informaron con claridad como tomar mis medicinas.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

25. El área que se debería mejorar con mayor urgencia es la de los expedientes.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
26. La zona en la que está ubicada la Unidad es de difícil acceso para mí por transporte público.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
27. Los horarios en los que atiende esta Unidad me dificultan enormemente llegar a conseguir una cita.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
28. Un problema constante en esta Unidad son las reiteradas faltas de los médicos que atienden.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
29. Un problema que debe de resolver la Unidad es el sistema para conseguir una cita.				
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

ANEXO 2: CONSETIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de la satisfacción de los servicio de salud y atención médica en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF N° 15, IMSS. Ciudad de México.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario para conocer la satisfacción del paciente de esta unidad médica. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo al final es específicamente establecer estrategias de mejora en la atención médica.
Procedimientos:	Estoy enterado que se me realizará una encuesta para valorar la satisfacción del paciente
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que esta encuesta no representa ningún riesgo para mí y entiendo que está encuesta no está relacionada con mi padecimiento de fondo o el tratamiento que recibo y que no habrá una intervención por parte de los investigadores, quizás solo el tiempo que tardare en responder la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que en este momento yo no obtendré un beneficio específico, solamente que contribuiré a que se obtenga información que ayude a mejorar la atención médica
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que sobre mi enfermedad hay información que deberé recibir de mi médico tratante y que el objetivo de este estudio no conlleva ningún plan terapéutico relacionando a mi enfermedad.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré al final de la encuesta por decisión propia no participar en el estudio, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificara de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.
En caso de colección de material biológico:	NO APLICA
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Debido a que se trata solamente de analizar información mediante una encuesta entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro para los usuarios de la unidad medica.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ciria Manjarrez Narvaez. UMF 15. MAT:98389678 , Movil: 55 13 33 08 25.
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	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

