



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA

Curso de Especialización en Medicina Familiar
para Médicos Generales del IMSS. Sede San
Luis Potosí

**“CONSTRUCCION Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO
PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE LA UMF#47”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARTURO ROMERO ZARUR

Registro de autorización: R-2017-2402-59

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

2020

Asesor:

DR. Gad Gamed Zavala Cruz.



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.

“CONSTRUCCION Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE LA UMF#47”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARTURO ROMERO ZARUR

AUTORIZACIONES:

DR. JUAN SÁNCHEZ RAMOS

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL

DR. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIONAL

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PÉREZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 47, SAN LUIS POTOSÍ.

DR. GAD GAMED ZAVALA CRUZ

ASESOR DE TESIS
ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO MÉDICO
FAMILIAR

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P

2020

**“CONSTRUCCION Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR
LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN CONSULTA
EXTERNA DE LA UMF#47”**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARTURO ROMERO ZARUR

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD
DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

1.Marco teórico.....	5
Antecedentes	6
Medición de la satisfacción.....	7
Epistemología de la satisfacción.....	8
Limitaciones de la percepción.	10
2.Planteamiento del problema.....	12
3.Justificación	14
4.Objetivos.....	15
5.Metodología	16
-Información a recolectar. Variables de estudio.	16
-Método o procedimiento para captar la información.....	17
-Consideraciones éticas.....	21
6.Resultados	22
- Edad de la población encuestada.	22
-Población dividida por sexo.	22
- Vigilancia en la Unidad Médica Familiar no. 47.....	23
- Trato recibido al usuario.....	23
- Condiciones generales de la sala de espera.	24
-Tiempo de espera.....	24
-Trato del médico hacia sus pacientes.	25
-Calidad de la revisión del médico.....	25
-Conocimiento del médico.....	26
-Privacidad del paciente.	26
-Orientación del tratamiento.	27
-Limpieza de la Unidad Médica Familiar.	28
-Cita mensual.	28
7.Discusión de los resultados encontrados.....	30
8.Conclusiones.....	30
9.Referencias bibliográficas.....	33
10. Anexos	36

1.Marco teórico

La calidad de los servicios, y en especial la satisfacción de los usuarios considerada un instrumento fundamental para evaluar la calidad, adquieren una relevancia importante para quienes administran los recursos y diseñan las estrategias de salud pública. En estas condiciones constituye un reto lograr aceptables niveles de satisfacción en los pacientes. Por su parte, las instituciones de salud interesadas en garantizar la efectividad de la atención sanitaria y la eficiencia en su gestión deben conocer las precepciones de los derechos habientes respecto a los procesos asistenciales. Este hecho exige determinar y supervisar parámetros de calidad relacionados con infraestructura, equipamiento, procesos y personal vinculados a la atención de salud prestada a fin de lograr una mayor satisfacción en los mismos. ¹

Actualmente, los sistemas de salud se enfrentan a problemas, tales como complejidad de sus servicios, limitaciones de los recursos, rápida innovación y difusión de la tecnología, así como aumento de las expectativas de los usuarios.

¹

Para la resolución de los mismos se hace necesaria la incorporación de sistemas de gestión de calidad. La calidad de la atención es hoy un concepto, componente y exigencia indispensable en los servicios de salud y la satisfacción del derecho habiente es el indicador más importante para medir la calidad de atención. ¹

La evaluación de la satisfacción de los pacientes permite identificar aquellas áreas deficitarias desde el punto de vista del paciente y por otra parte nos sirve para evaluar los resultados de la atención prestada por la unidad de medicina familiar ya que las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales. ¹

Para evaluar la satisfacción del derecho habiente atendido en una unidad de medicina familiar es importante contar con un instrumento válido, confiable y fácil aplicación a los derechos habientes. ¹

La razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar de la población y su estado saludable. Una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos bienes relacionales, baja de productividad, aumento de

gastos y mengua en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad. De ahí que, el estudio de la relación entre la atención médica, que busca restaurar, mantener y/o fomentar los estados saludables y la evaluación que las personas realizan sobre su propia circunstancia en el encuentro con las instituciones de salud, sea de interés para comprender algunas de las necesidades de ciertos grupos de población.^{2, 3}

Antecedentes

Martínez y colaboradores, realizaron un Cuestionario de evaluación de la calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas, ellos definieron calidad por la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor, su evaluación se ha convertido en algo obligado en las últimas décadas. La calidad asistencial debe, por tanto, ser inherente al servicio ofrecido. Ha de incluir calidad científica, calidad técnica, gestión y calidad percibida. La evaluación periódica, bien a través de una empresa externa o como auto-evaluación, constituye una forma directa de detectar aspectos susceptibles de mejora. Como material y métodos: siguieron los modelos Europeo de Excelencia empresarial (EFQM), la Norma ISO 9001:2000 y el modelo Malcom Baldrige, y partiendo de los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud se crea un formulario de evaluación de la calidad global. Ellos concluyeron que su cuestionario fue destinado a evaluar la calidad asistencial de un servicio de urgencias urológicas.³

Por otro lado Sierra Talamantes y colaboradores, realizaron un estudio titulado,

—Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes, el objetivo fue elaborar un cuestionario válido y fiable para valorar la satisfacción percibida por los pacientes sobre los cuidados de enfermería, en Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos, basado en las tres dimensiones de la asistencia: profesionalidad, comunicación y comodidades. La metodología fue cualitativa para el análisis fenomenológico de los componentes y para su validación (informadores clave). Para la fiabilidad la prueba de los rangos signados de Wilcoxon y para la consistencia interna el alfa de Cronbach. Los resultados realizados fue precisamente la elaboración de un cuestionario con

tres apartados: 1º Características sociodemográficas; 2º Preguntas acerca de los cuidados proporcionados por enfermería: 7 preguntas de profesionalidad, 9 de comunicación y 7 de comodidades. 3º 4 Preguntas abiertas. La prueba de los rangos de

Wilcoxon no presentó diferencias en ninguna pregunta y el alfa de Cronbach global fue de 0,9693. Las conclusiones fueron en una elaboración de un cuestionario para medir la satisfacción con los cuidados de enfermería desde la perspectiva de la satisfacción del paciente en las UCIC orientado hacia el modelo de salud español, cuya utilización nos permitirá medir la calidad de los servicios proporcionados e identificar las áreas susceptibles de mejora. ⁴

Medición de la satisfacción

Desde la década de los setentas se planteó la necesidad de agregar variables relativas a la situación social y política basada en el concepto de calidad de vida, que considera la posesión y el acceso a bienes, servicios y satisfactores. Este enfoque se fue desarrollando y devino en el estudio de las capacidades y funcionalidades, según el cual, la expansión de las capacidades de los seres humanos permite el funcionamiento adecuado en las áreas donde se desenvuelven. El problema ha sido la falta de consenso en la definición de esas capacidades. Otra corriente enfatiza que las necesidades no solo se miden a partir de los bienes materiales y hay otro tipo de bienes fuera del mercado económico que inciden en el bienestar social. Esta perspectiva ha sido recuperada por los ambientalistas que cuestionan la falsa promesa de algunos economicistas sobre la disponibilidad de recursos planetarios para elevar constantemente los niveles de consumo de la población mundial. ⁵

En resumen, se parte de la idea de que el progreso es real cuando además de los indicadores objetivos como el PIB, se consideran factores que se relacionan con el bienestar individual, y se enfocan a la manera como las personas experimentan y valoran ciertos fenómenos, entre ellos el empleo, la educación y la atención a la salud. El cambio de enfoque no solo tiene repercusiones en los temas de estudio de los académicos, en la información recopilada por las instancias gubernamentales y no gubernamentales de estadística, o en el diseño de políticas públicas, sino en el bienestar de las personas. Este trabajo, desde el ámbito

académico y con una visión transdisciplinaria, busca generar conocimientos, promover ideas y marcos analíticos para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos y orientar las decisiones políticas hacia el mejoramiento social, específicamente en el campo de la salud pública.⁵

El conocimiento de la valoración que los individuos realizan sobre sus propias vidas es relevante no solo porque revelan factores que las variables objetivas como el consumo o el ingreso no resaltan, sino también porque se pueden advertir de manera más oportuna los cambios que se están gestando en los parámetros de evaluación de necesidades y demandas futuras. Las percepciones son reales y tienen enormes consecuencias, por ejemplo, pueden alterar la confianza en las instituciones o en las medidas que se tomen para atender problemas. Hay que decir que la gente no siempre tiene claridad sobre lo que la hace feliz, y le cuesta trabajo determinar su satisfacción o insatisfacción en relación con eventos del orden común. En contraste tiende a centrar su evaluación en eventos singulares y extraordinarios, como podría ser la atención a la salud en una unidad médica del sector público. Los parámetros a partir de los cuales se juzga subjetivamente la satisfacción son importantes cuando esta se vuelve una medida del progreso, de ahí la relevancia de asumir esa relación y la problemática, pues plantea nuevas dimensiones del estudio del bienestar.⁶

Epistemología de la satisfacción.

La percepción es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. El proceso de la percepción es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente, así como la información que viene de la memoria tanto empírica como genética y que ayuda a la interpretación y a la formación de representaciones. Con base en la percepción, se constituye la experiencia y se formulan opiniones, que pueden definirse como el estado de creencia de los individuos y la colectividad respecto a determinado asunto e implica un juicio de valor. Su validez lógica como verdad no se fundamenta en el grado de conocimiento o en la prueba científica, sino en la

participación como miembro de cierto grupo social. La opinión se elabora como relato, de manera discursiva, e implica un esfuerzo de ordenación de la percepción y la experiencia para ser aprehendida, y transmitida en estructuras narrativas a través del lenguaje. Las preocupaciones son modalidades de las percepciones: a partir de un estímulo, se produce la sensación de intranquilidad, inquietud o temor que motiva una respuesta de interés, atención o incluso ofuscación ante una situación problemática.⁷

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, su pone 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.⁷

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.⁷

Limitaciones de la percepción.

Desde la década de los años setentas se ha investigado un concepto que trata de conjuntar la perspectiva objetiva con la subjetiva del bienestar de los individuos, este es el de calidad de vida. Stiglitz, Sen y Fitoussi, entre otros, plantean que la calidad de vida está relacionada con las condiciones objetivas: salud, educación; y con las condiciones materiales: ingreso, consumo, riqueza, ambiente e inseguridad. También han propuesto otras tres dimensiones relativas a la calidad de vida vinculadas con cuestiones subjetivas: actividades personales —incluido el tiempo libre—, condiciones políticas de la ciudadanía y capital social.⁸

Lo importante era explorar el rango de libertades y oportunidades para escoger y ejercer ciertas actividades que los individuos valoran. En este sentido, la calidad de vida, además de las condiciones materiales, presupone una modificación de los criterios de evaluación de la vida social y personal; bajo determinadas condiciones mínimas y electivas, en la dimensión subjetiva encuentra sentido la relación entre identidad, estilos de vida, espacio de experiencia y horizonte de expectativa. Las posibilidades objetivas de realización de experiencias vividas subjetivamente como satisfactorias, aluden a tres dimensiones fundamentales: tiempo, libertad y calidad de vínculos sociales.⁹

Aunque las mediciones del bienestar subjetivo han demostrado ser válidas y confiables, consistentes y estables, existen problemas potenciales o sesgos metodológicos al producir los datos que deben ser considerados. Por ejemplo, cuando se indaga algún evento triste (como la muerte de un hijo) el estado de ánimo puede verse afectado negativamente, apesar de que hayan tenido una vida plena y feliz, y eso influye en las respuestas sobre el bienestar subjetivo. Otro sesgo es el de la deseabilidad de las contestaciones, las personas tratan de responder lo que se considera adecuado, por ejemplo, los sujetos que perdieron un hijo se espera que se muestren tristes ante el hecho. Los resultados pueden ser interpretados en un paradigma metacomunicativo, en el cuál el objetivo de los investigadores sea lo que se registró y no los estados de ánimo ordinarios de las personas. De ahí la importancia de controlar los posibles sesgos o artefactos para producir resultados que no sean ambiguos. ⁹ Otro aspecto metodológico que considerar se refiere al uso de las escalas de respuesta. Los participantes pueden utilizar la escala de respuesta de manera diferente y subjetivamente anclar puntos finales (endpoints) de la escala en varios sitios, dependiendo de los factores situacionales, lo que puede marcar diferencias a pesar de que la sensación de satisfacción sea la misma. Por ejemplo, una persona puede calificar más alta su satisfacción con la vida cuando se le formula la pregunta mientras está viendo a un discapacitado en una silla de ruedas, o la puede calificar más baja si está viendo una película romántica de décadas pasadas. Strack y sus colegas revisaron evidencia mostrando que cuando a los individuos se les recuerda un evento de hospitalización en el pasado lejano, reportan altos índices de satisfacción porque estos momentos tristes les sirven como ancla de contraste. Así, la escala subjetiva puede diferir dependiendo de factores situacionales. ⁹

Otro sesgo identificado se refiere a la deseabilidad social de las respuestas, es decir, las personas quieren ser consideradas favorablemente por los otros en las encuestas de satisfacción, por ejemplo, quieren parecer inteligentes y cooperativas, positivas y agradables.

2.Planteamiento del problema.

La calidad de las relaciones con los clientes se ha convertido en un factor decisivo para el éxito en la satisfacción en los distintas áreas de servicios .Desde hace algunos años países desarrollados han incorporado el punto de vista de los consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria. Lo anterior, ha permitido mejorar los procesos respecto de los elementos que valoran al evaluar satisfacción y calidad percibida en la atención de salud. En este sentido, no sólo se considera como resultado el sanarse, sino que se toma en cuenta otras variables que para el usuario importan, en el sentido de saber, qué valora en la atención de salud, qué necesita y cuáles son sus expectativas respecto de cómo debería haber sido atendido. ¹⁸

Crear un nuevo paradigma con relación a la satisfacción en la atención de salud hospitalaria, significa efectuar un análisis perceptivo del consumidor, que subyace sobre la base de reconocer que la actividad mental emerge de la interacción de los procesos social y biológico. Por otro lado, las percepciones de los usuarios no siempre son el reflejo de la realidad objetiva porque la mente interpreta. Esto plantea el desafío de conocerlo más profundamente en los distintos ámbitos de servicio. En la hospitalización es similar porque se necesita comprender como se produce la actividad mental a medida que el usuario es estimulado por motivadores y frenos de satisfacción en la atención que se le brinda. ^{19, 20, 21}

Estas personas experimentan procesos inconscientes durante su estadía en el hospital o Unidad de Atención Médica que resultan de una vivencia satisfactoria o insatisfactoria que los lleva a tomar decisiones cuando evalúan al prestador. En ese sentido, existen otros procesos adicionales en que la hospitalización como grupo genera colectivamente representaciones sociales, que se comparten en las prácticas cotidianas y de conocimiento común (experiencias propias, de familiares, cercanos o información a través de los medios de comunicación masiva). El grupo se constituye alrededor de la información que posee, comparte y expresa, como cuerpo de conocimiento organizado frente a la hospitalización, como un objeto social en sentido amplio. De esta manera, conforma imágenes respecto de la atención de salud en determinados hospitales o clínicas desde el punto de vista de lo que ello significa en su representación social y las imágenes neuronales que se

expresan en forma verbal y de otras formas. Dentro de estas últimas formas, los expertos señalan que el 80% de la comunicación humana es no verbal lo que incluye contacto físico, visual, entonación, la postura, el tiempo, gestos, la mirada entre otros elementos.^{22, 23, 24}

En consecuencia, conocer a fondo los elementos que originan satisfacción e insatisfacción en la atención en medicina familiar , permitirá entregar herramientas para los gestores de salud en el planteamiento activo de estrategias focalizadas en esta área y también dar la oportunidad al paciente de adoptar un rol más activo, tomar decisiones sobre lo que desea recibir ante su hospitalización.²⁵

3. Justificación

En las últimas décadas del siglo XX las transformaciones sociales y económicas han producido cambios en la salud de la población, así como en las políticas de salud a nivel mundial. Actualmente se promueve una atención de alta calidad centrada en el paciente

En la asistencia en salud, la tendencia es hacia la humanización y el ofrecimiento de servicios de mayor calidad. El concepto de calidad en este rubro se enmarca en cinco elementos fundamentales:

- a) Excelencia profesional,
- b) uso eficiente de los recursos,
- c) mínimo riesgo para el paciente,
- d) alto grado de satisfacción impacto final que tiene en la salud.

Sin embargo, la calidad no se reduce a uno solo de estos elementos y requiere de la integración técnica, procesos subjetivos y objetivos que dan como resultado la satisfacción de los usuarios.

Dentro de los indicadores de calidad que miden resultados, se le otorga cada vez mayor importancia a la satisfacción del paciente por la atención recibida. Ésta puede ser evaluada a través de cuestionarios que midan el nivel de satisfacción de los encuestados.^{16, 17}

El propósito del presente trabajo será presentar el proceso de construcción de un instrumento que evalúa la satisfacción de los pacientes con los servicios de atención recibidos en el primer nivel de atención, adaptado a las características socioculturales de los individuos usuarios de una unidad de medicina familiar en la Ciudad de San Luis Potosí, y analizar su fiabilidad y validez. Así como analizar la atención del personal derecho habiente en la consulta de medicina familiar.^{16, 17}

En la actualidad, la calidad de la atención médica y la satisfacción del derechohabiente es un aspecto fundamental que durante mucho tiempo no se había tomado en cuenta, por parte de instituciones de salud pública que incluyen IMSS, SSA e ISSSTE, pero empieza a salir del olvido y debemos poner en

práctica, ya que la seguridad y satisfacción de los pacientes constituyen la razón de ser un buen médico. La finalidad del proceso de validación y construcción de un instrumento de satisfacción, se extiende a una relevancia social, en la medida que puede ser replicado en otros establecimientos de salud, tanto públicos como privados, interesados en buscar, desarrollar e implementar medidas que mejoren el proceso de atención al usuario, esto es, calidad de servicio. Además, que el análisis realizado destacara primero una percepción generalmente más positiva por parte de los derechohabientes.^{16, 17}

4.Objetivos

- General

Construcción y Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta externa de la UMF#47

- Específico

Realizar un pilotaje de medición de la satisfacción del usuario atendido en la consulta externa de la UMF#47

5. Metodología

- Tipo de estudio.

Transversal, analítico, construcción de instrumento.

- Población, lugar y tiempo de estudio.

Usuarios atendidos en la consulta externa de medicina familiar.

- Tipo de muestra y tamaño de muestra.

No probabilística, con un tamaño de muestra de 110 sujetos (pilotaje), calculados con el programa Epidat 4.0, tomando como premisa un a consulta de aproximadamente 1200 usuarios al día. Fórmula para la estimación de proporciones para poblaciones finitas; 95% de confiabilidad y 80% de potencia.

-Información a recolectar. Variables de estudio.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala
Instrumento	Dependiente	Instrumento en escala de Likert construido y validado para medir la satisfacción en atención de consulta externa de medicina familiar	Instrumento en escala de Likert construido y validado para medir la satisfacción en atención de consulta externa de medicina familiar	Si/No	Nominal
Grado de satisfacción	Independiente	Nivel de percepción satisfactorio del servicio recibido	Nivel de percepción satisfactorio del servicio recibido	Muy malo, malo, moderado, bueno y muy bueno	Ordinal
Experto	Control	Sujeto que por sus competencias puede aportar para la construcción del instrumento	Sujeto que por sus competencias puede aportar para la construcción del instrumento señalados en los criterios de inclusión de expertos	Si/No	Nominal
Usuario	Control	Sujeto atendido en la UMF#47 en consulta externa	Sujeto atendido en la UMF#47 en consulta externa	Si/No	Nominal

-Método o procedimiento para captar la información.

El método científico pretende la adquisición de conocimientos, intenta resolver preguntas. Una vez formuladas las preguntas, se elaboran posibles respuestas fundamentadas en los conocimientos aceptados como consistentes por la comunidad científica; estas posibles respuestas se llaman hipótesis. Después de formuladas las hipótesis se puede diseñar un experimento o un estudio no experimental para contrastar las hipótesis. Popper decía que la ciencia busca explicaciones cada vez mejores. La secuencia del método científico es: enunciar preguntas-posibles respuestas (planteamiento de hipótesis)-resolución de las hipótesis (fase experimental u observacional)-conclusiones. Para responder a las preguntas de investigación planteadas y cumplir los objetivos del estudio, el investigador (a) debe seleccionar y desarrollar un diseño de investigación específico. Cuando se establecen y formulan hipótesis, los diseños sirven para someterlas a prueba. El conducto en la investigación es: pregunta-objetivo-hipótesis-análisis. En los diagramas presentados en los libros de metodología de la investigación, se contextualiza la presencia de los estudios experimentales y no experimentales, en relación con el diseño del estudio. La clasificación del tipo de diseño se hace según el manejo de las variables que determinan el alcance de la investigación y la clasifican en experimental y no experimental. Significa con ello que en la investigación experimental se controlan algunas variables independientes para lo cual se diseña un experimento y los métodos son: diseños completamente aleatorios, diseños por bloques, cuadrados latinos y diseños factoriales. Todos estos métodos forman parte de un gran tema que se llama el análisis de varianza, ANOVA que permite relacionar una variable cuantitativa (dependiente) y una variable cualitativa (independiente). En el diseño observacional o no experimental los fenómenos se observan tal y como suceden en su contexto natural, sin que pueda controlarse algún factor. La investigación es un proceso que nos lleva al conocimiento de algo mediante la aplicación de métodos y técnicas que nos permiten aprehender los elementos de ese algo y sus interrelaciones para comprenderlo, describirlo, explicarlo, predecirlo y transformarlo. Si el conocimiento genera poder y autoridad y, éste es necesario para transformar la sociedad, la investigación debe ser el punto de partida y de confluencia de esa acción transformadora. La investigación conduce al investigador (a) a un estado superior de conocimiento del fenómeno en estudio;

además de una actitud positiva hacia la investigación, se debe tener cierta madurez que la dan una edad mayor y la experiencia; mi práctica me ha enseñado que estudiantes menores de 20 años de edad difícilmente comprenden el proyecto de investigación científica como un todo y la forma como se relacionan sus partes. Si bien no toda persona tiene aptitudes y actitudes para la investigación, el profesional, debe llegar a manejar los elementos básicos del proceso de investigación para su ejercicio profesional. Todos los docentes de la Universidad de Antioquia, somos responsables de la formación y acompañamiento de los estudiantes en su proceso de formación; es mayor la responsabilidad, para los docentes - investigadores y para quienes se encuentren vinculados a los grupos de investigación porque son quienes en últimas, pueden articular la docencia y la investigación por medio de los trabajos de grado de los estudiantes. Todos sabemos que la pregunta de investigación es la que define el método que se utilizará en el proceso investigativo. Si se busca comprender e interpretar un fenómeno, el método debe ser el cualitativo, en tanto; si se busca describir o explicar un fenómeno el método debe ser el cuantitativo. ^{10, 11, 12}

En la metodología de investigación con enfoque cuantitativo, el instrumento de recolección de la información es una encuesta que se construye a partir de un cuestionario que recoge todas las preguntas que sirven para la medición de las variables, las cuales a su vez, surgen de los objetivos específicos y en algunos casos del marco teórico. Todos los libros de estadística traen recomendaciones para construir cuestionarios de preguntas que respondan a los objetivos porque así se gana en la validez de constructo. En la investigación sobre temas médicos o psicológicos, es común que se utilicen escalas elaboradas por expertos con las siguientes características: a) La confiabilidad, se refiere al grado en que el instrumento en su aplicación repetida en el mismo individuo u objeto produce resultados iguales. ^{10, 11, 12}

Generalmente, se miden de dos formas:

- a) mediante el test-retest (coeficiente de correlación) con el cual se mide la estabilidad de la escala en sus puntajes individuales, a través del tiempo y con la consistencia interna (coeficiente Alpha de Cronbach) que mide la precisión con la que los ítems de la escala miden el constructo en estudio.

b) La validez, se refiere al grado en que el instrumento mide la variable que pretende medir. • Validez de contenido: se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido. • Validez de criterio: se compara con algún criterio externo que mide lo mismo. Si el criterio se fija en el mismo momento, se habla de validez concurrente.

• Validez de constructo: debe explicar el modelo teórico empírico, que subyace a la variable de interés. • Validez de expertos: los expertos definen si el instrumento mide la variable en cuestión.

c) La validez total se gana con una mayor validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio en el instrumento de medición.

d) La relación entre la confiabilidad y la validez. El instrumento puede ser confiable pero no válido. Se requiere que se cumplan ambas características.

Factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez: la improvisación, utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados en el país de aplicación, es inadecuado para las personas a quienes se le aplica, las condiciones desfavorables en las que se aplica. En lo posible, se deben utilizar instrumentos de los cuales se sepa que miden lo que pretenden medir, que son estables en el tiempo de aplicación; es decir que obtienen la misma información en intervalos de hasta 15 días de aplicación, que son construidos por expertos en el tema y que han superado cualquier improvisación en la forma como se ordenan y relacionan las preguntas y el puntaje total que generan. ^{10, 11, 12}

Si la escala ha sido construida en un país del exterior de habla hispana, la validación cultural no es necesaria y se debe proceder a la validación en el país de aplicación.

Propuesta metodológica para validar una escala

Se analiza la forma como está construida, sus subconstructos o subescalas, los valores de los coeficientes de la primera validación y la población en la cual puede ser aplicada la escala. Con esta muestra, se procede luego a verificar la estructura factorial mediante un Análisis Factorial Confirmatorio, AFC, si se conocen los subconstructos. Si no hay

subconstructos de manera explícita, se debe realizar previamente un Análisis Factorial para determinar la estructura factorial subyacente y luego el Análisis Factorial Confirmatorio. En segundo lugar, Para verificar la fiabilidad de la escala, se verifica su consistencia interna mediante el alfa de Cronbach para todos los ítems. También se calcula el coeficiente de correlación entre cada ítem y el puntaje total del subconstructo. En tercer lugar, se determina una escala par que mida lo mismo en la población de interés. En cuarto lugar, se diseña una muestra aleatoria de tamaño mayor o igual a 50 para que garantice que se conserva la estructura factorial de la escala. Con esta muestra se verificará la estabilidad de la escala en el tiempo y la validez concurrente correlacionando los puntajes totales de las dos escalas. Luego de obtener el consentimiento informado de los individuos del estudio, se aplican las dos escalas simultáneamente para realizar la validación concurrente con la muestra aleatoria de tamaño mayor o igual 50. Se aplican la escala de interés y la escala par en un solo cuestionario construido por el equipo de investigación en el cual se agregan variables como, sexo y edad. Se obtiene así, el pretest o la preprueba. A los cuatro días de la primera aplicación, se aplica al mismo grupo de personas la escala de interés y se obtiene así el retest o la prueba. Para verificar la normalidad de los puntajes de cada uno de los instrumentos, se realiza la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov con corrección de Liliefors en el software estadístico SPSS. Esta prueba se hace también para la distribución de cada uno de los ítems dela escala de interés. En quinto lugar, verificar la reproducibilidad test- retest mediante el coeficiente de correlación entre los puntajes totales dela escala de interés, obtenidos en las dos aplicaciones con cuatro días de intervalo. En sexto lugar, verificar la validez de convergencia entre las dos escalas mediante el coeficiente de correlación de Spearman, donde el contraste de hipótesis es:

H0: no existe correlación lineal entre los ítems.

H1: existe correlación lineal entre los ítems. ^{13, 14, 15}

Por lo tanto si el valor p es menor que el 5 %, la correlación es diferente de cero. Además, se obtiene el índice de Kappa para determinar la concordancia entre los niveles de riesgo de suicidio de las dos escalas. Todo esto se hace en el SPSS también. Calcular el índice de concordancia de Kappa desde una tabla de contingencia 2x2 en la cual se colocan en las filas los valores que representan la existencia del evento en la escala de interés y en las columnas los valores que

representan la existencia del evento en la otra escala. El contraste de hipótesis para el índice de kappa es: H0: no existe acuerdo entre los puntajes de ambas escalas. H1: existe acuerdo entre los puntajes de ambas escalas. En séptimo lugar, determinar la utilidad de la escala desde su valoración y desde su aplicación.^{13, 14, 15}

-Consideraciones éticas.

El presente estudio se realizará de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo^{14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.}

Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitara el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararan las dudas que surgieran al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada se manejará en forma confidencial, no se registraran los nombres de los participantes.

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraran los artículos:^{28, 29, 30, 31 y 32.}

También por el tipo de estudio experimental y los procedimientos que se llevaran a cabo, el protocolo se apegara a los lineamientos de capítulo III y V considerando sus artículos completos.

El protocolo de investigación se someterá al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

6.Resultados

- Edad de la población encuestada.

1.-Mencione su edad.

50 respuestas

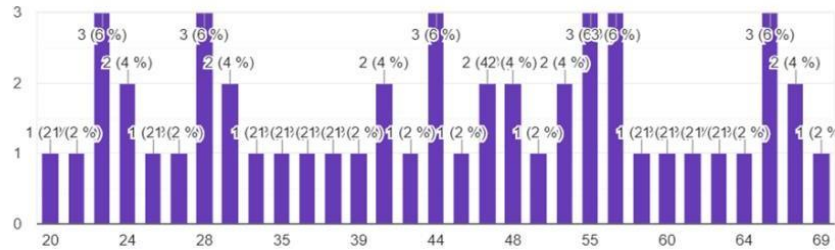


Imagen 1: Edad de la población encuestada.

Tamaño de n= 50

En esta encuesta se tomó en cuenta la edad de la población encuestada. Se considera de gran importancia debido a que es una forma de conocer las problemáticas de salud que puede haber. Por lo que se puede observar en esta gráfica, la edad de los usuarios encuestados es muy variable, lo que representa un mayor reto para su atención en salud.

-Población dividida por sexo.

2.- Sexo

50 respuestas

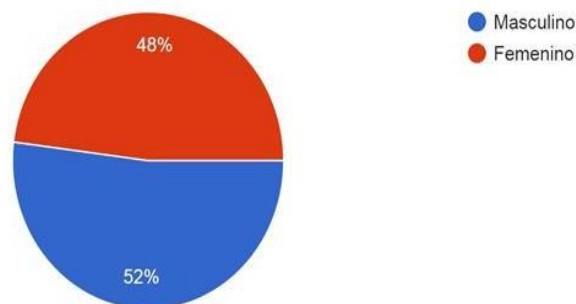


Imagen 2: Población dividida por sexo.

Se observa que la población por género es muy similar, por lo que, podemos añadir que tanto sexo masculino como femenino buscan atención médica de primer nivel además que ambos sexos tienen necesidades de salud. Es importante mencionar que el sexo masculino cada vez se incorpora más a las actividades de salud.

- Vigilancia en la Unidad Médica Familiar no. 47

3.- ¿Cómo fue el trato recibido por los vigilantes al ingresar a su UMF 47?
50 respuestas

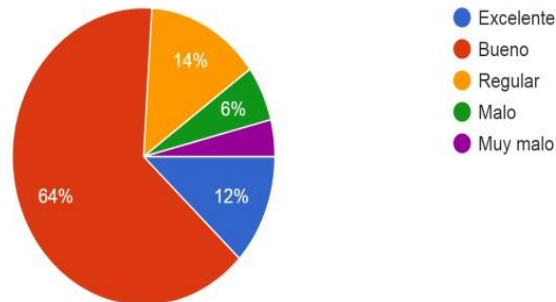


Imagen 3: Vigilancia en la Unidad Médica Familiar no. 47.

En este gráfico observamos que el personal de vigilancia juega un papel muy importante para el usuario debido a que dicho personal los recibe en la puerta de su Unidad Médica.

- Trato recibido al usuario.

4.- ¿Cómo califica el trato recibido por el personal de la UMF47?
50 respuestas

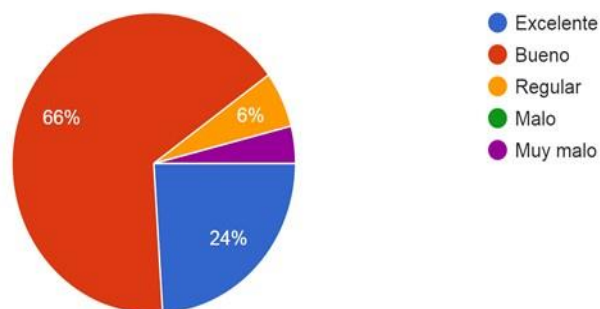


Imagen 4: Trato recibido al usuario.

En este gráfico se aprecia que la mayor parte de los usuarios de dicha Unidad Médica se siente satisfecho con el trato recibido. Cabe mencionar que este aspecto es punto clave para la calidad en la atención médica.

- Condiciones generales de la sala de espera.

5.- ¿Cómo califica las condiciones generales de la sala de espera?

50 respuestas

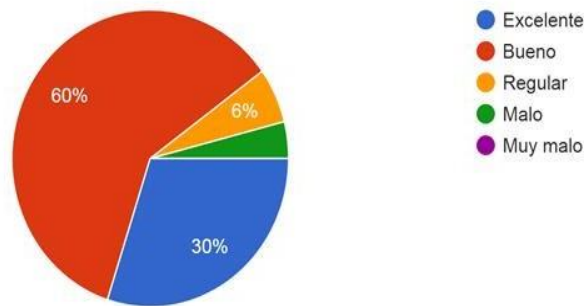


Imagen 5: Condiciones generales de la sala de espera.

Los usuarios consideran que las condiciones son óptimas. Dentro de las características de este espacio se tomó en cuenta la higiene y el orden que son características esenciales para un área de salud.

-Tiempo de espera.

6.- ¿El tiempo de espera para la consulta desde que llegó a la Unidad hasta pasar con el médico, fue?

50 respuestas

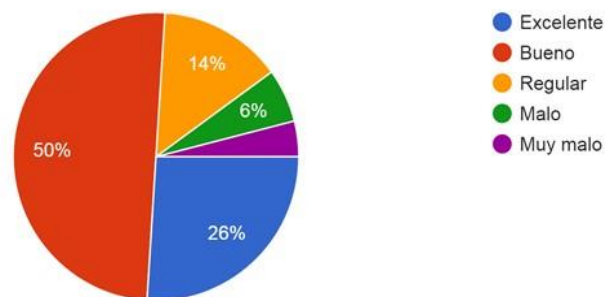


Imagen 6: Tiempo de espera.

Como se puede ver en este gráfico, los pacientes expresaron que el tiempo de espera para obtener su próxima cita fue de excelente a bueno. Esto nos indica que la Unidad Médica cuenta con un buen sistema de citas.

-Trato del médico hacia sus pacientes.

7.- ¿El médico que lo atendió al ingresar al consultorio lo recibió con un saludo cordial?

50 respuestas

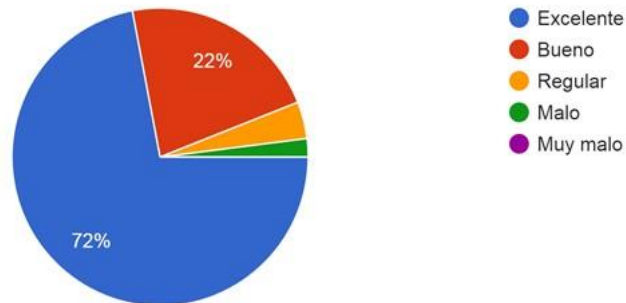


Imagen 7: Trato del médico hacia sus pacientes.

Los usuarios de esta Unidad Médica expresaron que su médico tratante es amable con ellos debido a que el recibimiento de éste es cordial y afectuoso. Esta característica es importante para que el paciente externe sus síntomas y dudas acerca de su padecimiento o enfermedad.

-Calidad de la revisión del médico.

8.- ¿Cómo considera que fue la revisión que le realizó el médico?

50 respuestas

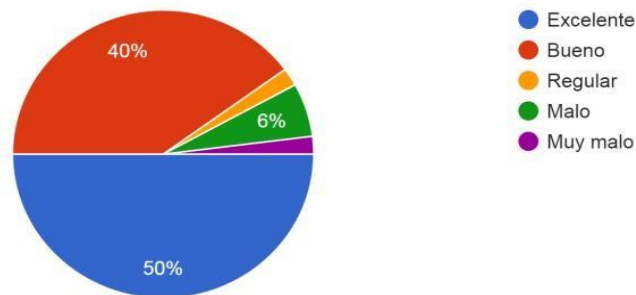


Imagen 8: Calidad de la revisión del médico.

La mayor parte de los usuarios expresó que la revisión que realiza el médico es de excelente a buena. Esto es un buen indicador de que el paciente sale satisfecho respecto a su enfermedad y tratamiento.

-Conocimiento del médico.

9.- El médico que me atendió en esta Unidad , ¿tiene gran conocimiento de mi enfermedad?

50 respuestas

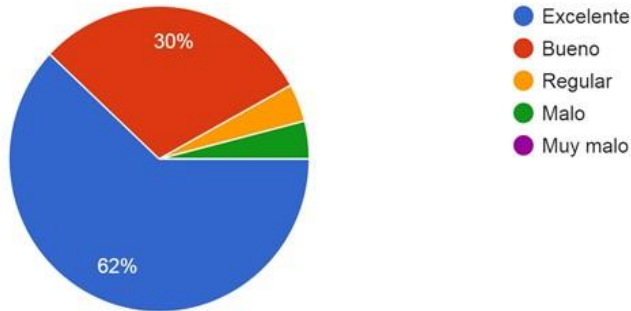


Imagen 9: Conocimiento del médico.

Los pacientes describen que el conocimiento del médico respecto a su enfermedad es de excelente a bueno. Esto es importante debido a que es el reflejo de la confianza que éste tiene hacia su médico. Además, esto contribuye a que el usuario siga las recomendaciones e indicaciones que su doctor les brinda.

-Privacidad del paciente.

10.- ¿Considera que el consultorio garantiza su privacidad al momento de la consulta?

50 respuestas

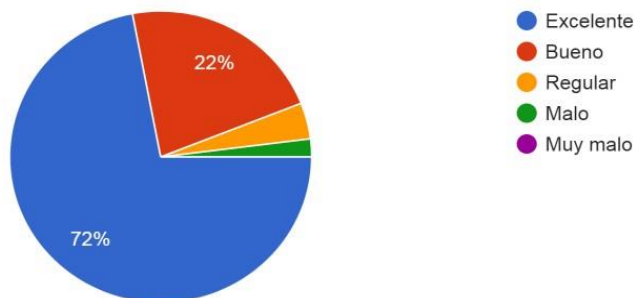


Imagen 10: Privacidad del paciente.

La privacidad de los datos del paciente es un aspecto muy importante debido a que este es un derecho que todas las personas deben tener. La confidencialidad es parte de la ética que el servidor de salud debe cumplir. En esta encuesta el paciente expresó que si hay privacidad.

-Orientación del tratamiento.

11.- ¿Se le orientó sobre la forma en la que se debe de tomar su tratamiento?

50 respuestas

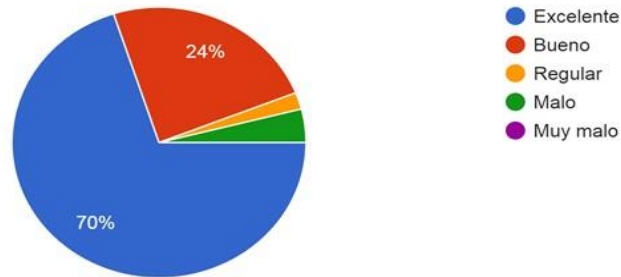


Imagen 11: Orientación del tratamiento.

Como se puede observar, los pacientes relataron que si se les explica como tomar sus medicamentos. Esto es importante en el caso de enfermedades crónico degenerativas como diabetes e hipertensión, ya que la mejoría depende de que el paciente tome adecuadamente su tratamiento.

Envío al segundo nivel de atención.

El envío al segundo nivel de atención consiste en referir al paciente a algún especialista. En este gráfico se observa que el tiempo de espera es de excelente a bueno. Esto se refleja en el seguimiento de la enfermedad del paciente con experto que le corresponde.

-Limpieza de la Unidad Médica Familiar.

12.- En caso de que haya sido enviado a consulta a un hospital de especialidades, ¿ cómo considera la ca... (Si no ha sido enviado no contestar).

38 respuestas

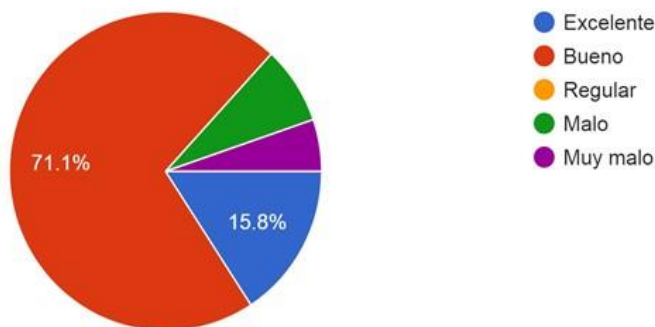


Imagen 12: Limpieza de la Unidad Médica Familiar.

La mayoría de la población encuestada lo califica de excelente a bueno. Recordemos que la higiene es pilar básico para la calidad en los servicios de salud para evitar infecciones, contagio y hacinamiento.

-Cita mensual.

13.- ¿Qué valor le otorga a la limpieza de la Unidad?

50 respuestas

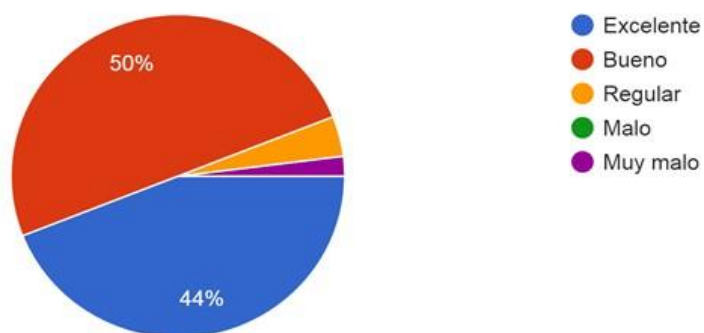


Imagen 13: Cita mensual.

Respecto a este rubro los pacientes expresaron que el sistema para otorgarle su cita mensual es de excelente a bueno. Esto refleja que los tiempos de espera son los adecuados.

Rondas de Delphi.

Numero de ronda.	Observaciones	Cantidad	Técnica Delphi	
Primera	Sintaxis, instrucciones mas claras, abreviaturas, glosario, agregar 14 ítems para completar 100.	19	2/5	4.2%
			3/5	16.2%
			4/5	79.6%
Segunda	Sintaxis, cambiar respuestas.	10	3/5	10%
			4/5	82%
			5/5	8%
Tercera	Se llego a un consenso entre los expertos 4/5 y 5/5.	0	4/5	83%
			5/5	7%

Estadística de fiabilidad de Kuder Richardson	
No. de ítems	Kuder Richardson
14	0.77

7. Discusión de los resultados encontrados.

Para conocer y además mantener la calidad de cualquier sistema de salud, es indispensable la utilización de un instrumento que la mida. Tal como lo es la encuesta. Es por ello que dentro de las recomendaciones para el tomador de decisiones es preguntar a los usuarios como perciben sus sistema de salud.

8. Conclusiones

Con este instrumento de medición se pretende conocer como el usuario de esta Unidad Médica percibe la calidad de la atención médica. Para mantener la calidad de cualquier servicio de salud es imperativa la realización de encuestas hacia los pacientes que ahí acuden para sondear sus opiniones.

En lo que respecta a la Unidad Médica Familiar no. 47 en términos generales podemos describir la calidad de excelente a buena expresada por el usuario. Es importante señalar que se tomaron en cuenta varios rubros, tales como el vigilante que se encuentra en las afueras de la Unidad Médica, el personal de administración, así como a los médicos que ahí otorgan consultas. Los usuarios tuvieron una opinión de bueno a excelente en los siguientes aspectos:

- El médico le atendió con un saludo cordial.
- La revisión del médico.
- El conocimiento del médico acerca de su enfermedad.
- Si se garantiza la privacidad del paciente.
- Forma en la que el paciente debe tomarse su tratamiento.
- La consulta con el especialista.
- Limpieza de la unidad.
- Trato recibido por el personal de la UMF no. 47
- Sistema para otorgar la cita mensual.

Para la población el tema de los servicios de salud es de suma importancia debido a que en nuestro país las enfermedades crónico degenerativas van en aumento, haciendo indispensable un sistema de salud de calidad para la atención de estas necesidades. La información recabada es útil no sólo para el clínico y personal en

salud, sino también para los gestores sanitarios, para obtener mejores resultados en materia de atención en salud y mejorar la calidad de la misma.

Por lo que, se recomienda seguir monitoreando mediante encuestas a los pacientes para que se expresen y de esta forma seguir mejorando la atención en la calidad del servicio de salud. Esperando que este instrumento de medición sea de utilidad en el futuro para realizar las mejoras pertinentes en la Unidad Médica Familiar. Además de que podría ser útil para cualquier sistema de salud, tanto público como privado y así mantener en óptimas condiciones la calidad. La presente investigación tiene como objetivos reflexionar sobre la necesidad de integración de elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, involucrados en el fenómeno de la calidad y enfatizar en su elemento subjetivo: la satisfacción del usuario en atención sanitaria. Esto debido a los siguientes factores:

- Cuando el paciente que comunica sus necesidades y preferencias, es más fácil para el clínico satisfacerlas.
- Los pacientes informados cuidarán más de su salud y utilizarán mejor los servicios sanitarios, por ende, el clínico obtendrá mejores resultados.

Según otro artículo referente al mismo tema que se llevó a cabo en centros de Salud de primer nivel en dos jurisdicciones sanitarias de un total de 16, Silberman en la Revista "Gaceta Médica de México", en el año 2016 en la Ciudad de México, elaboró un cuestionario similar para aplicar a los usuarios de dichos servicios de salud. De esta manera identificar la satisfacción de los pacientes. En dicho artículo se realizaron un total de 29 reactivos (preguntas) sencillas, que el paciente fué capaz de contestar de manera rápida en un tiempo de 22 minutos. En éste estudio que utilizó la escala de Likert logró incorporar características socioculturales de la población objetivo, presentando un nivel adecuado de validez y confiabilidad. Realizando las comparaciones, en la presente investigación se realizaron un total de 14 reactivos, los cuales pudieron ser contestados en un tiempo aproximado de 10 minutos y de esta manera el paciente pudo expresar de forma eficiente la calidad que éstos perciben de los servicios de salud.

Sugerencias

Se sugiere que se este tipo de cuestionarios se realicen de manera permanente para mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que la disponibilidad de información sustentada en

datos válidos y confiables es una condición necesaria para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria, la toma de decisiones basada en la evidencia y el efecto de los programas de salud.

Es importante tomar en cuenta que la generación de una gran cantidad de información sobre los servicios de salud nos permite racionalizarla con el objetivo de analizarla y utilizarla para conocer el estado que guardan dichos servicios de salud en este momento determinado. Todo esto constituye la materia prima para así facilitar el monitoreo de objetivos y metas en salud y servir de plataforma para promover el desarrollo de los sistemas de salud.

Además se sugiere que el instrumento presentado en esta investigación sea utilizado en las Unidades Médicas Familiares en general para mejorar tanto la organización de sistema de salud, así como las estrategias. Deben conocerse las opiniones y expectativas de las personas sobre su satisfacción en los servicios de salud.

9. Referencias bibliográficas.

1. ACP (2005). —Ethics and Time, Time Perception, and the Patient Physician Relationship. American College of Physicians. Ethics and Human Rights Committee. Position Paper.
2. Acuña, L. Bruner, C. (1999). —Estructura factorial del cuestionario de Apoyo Social de Sarason. Revista Mexicana de Psicología; 16(2), 267-279 Levine; Bashm y Sarason en México.
3. Martínez Rodríguez. Cuestionario de evaluación de la calidad asistencial en un servicio de urgencias urológicas. Actas Urol Esp. 2008;32(7):717-721.
4. Sierra Talamantes. Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes. Enferm Cardiol. 2009; Año XVI(47-48):71-79.
5. Diener, E. y Diener R.B. (2008). Happiness: Unlocking the Mysteries of Psychological Wealth. Malden MA: Blackwell Publishing.
6. S.E.F.O., Scientific European Federation Osteopath, Los Test Estadísticos.
7. Mira JJ, Universidad Miguel Hernández de Elche, La Satisfacción del Pacientes: Teorías, Medidas y Resultados.
8. Dierssen-Soto T, Rodríguez P, Robles M, y Colaboradores, Factores que Determinan la Alta Satisfacción del Usuario con la Asistencia Hospitalaria.
9. Ochando A, Royuela C, Hernández E, Lorenzo S, Paniagua F, Influencia de los Pacientes de una Unidad de Diálisis.
10. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P Casa R, Rodríguez L, Gracia J, García J y Herruzo R, Aplicación Hospitalaria del SERVQHOS: Factores Asociados a la Satisfacción e Insatisfacción.
11. Mira JJ, Buil J, Rodríguez J y Aranaz A, La Medida de la Calidad Percibida del Cuidado Hospitalario: Adaptación del SERVQUAL al Hospital Público.
12. Moliner B, Esic Business & Marketing School, Valencia, Componente Cognitivo y Afectivo de la Insatisfacción en Consumidores con Elevada Atribución Externa. - Mira JJ, PhD, Predictors of Patient Satisfacción in Surgery.
13. Álvarez R. Ensayos clínicos. Diseño, análisis e interpretación. Editorial Díaz de Santos.

España; 2005.

14. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ª edición. Mc Graw-Hill. Perú; 2010.
15. Medina María. La investigación aplicada a proyectos. Identificación del proyecto y formulación de la investigación. 2ª edición. Centro de investigaciones para el desarrollo CAYÉ. Volumen I. Bogotá; 2014.
16. Cárdenas M. Adaptación y validación de la versión abreviada de la escala de autoritarismos de derechos (RWA) e una muestra chilena. Revista de psicología de la Universidad de Chile. XVIX (1): 61-79; 2010.
17. González S, Díaz A, González C, González J. Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental. 23 (2): 21-30. Instituto Nacional de Psiquiatría de la Fuente Nuñez. México.
18. Sicilia A, Alías A, Ferriz R, Moreno J. Spanish adaptation and validation of the exercise addiction inventory (EAI). Psicotema. 25 (3): 377-383. Spain; 2013.
19. Casas J, Ruiz R, Ortega R. Validation of the internet and social networking experiencesquestionare in spanish adolescent. International journal of clinical and healthpsychology. 13: 40-48. Córdoba, Spain; 2013.
20. Labrador F, Villadangos S, Crespo M, Becoña E. Desarrollo y validación de uso problemático de nuevas tecnologías. Anales de psicología. 29 (3): 836-847. España; 2013.
21. Sánchez R, Ibañez M, Pinzón A. Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala brefpsychiatric rating scale in Colombia. Biomédica. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia. 25: 120- 128; 2005.
22. Moreno A. Propiedades psicométricas del inventario razones para vivir (RFL-A, Osman et al., 1998), adaptado al español en una muestra de estudiantes de bachillerato de la ciudad de San Juan de Pasto. [Tesis de pregrado]. Universidad de Nariño. Facultad de Ciencias. Programa de Psicología. San Juan de Pasto, Colombia; 2008.
23. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. Rev. Salud pública; 2004; 6 (3):302- 3018.
24. Carretero H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. International journal of clinical and healthpsychology; 2005; 5(3):521-551.
25. Hair J, Anderson R, tatham R, Black W. Análisis multivariante. 5ª edición. PearsonPrentice Hall. Madrid; 1999. p. 100.



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2402** con número de registro **17 CI 24 028 082** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA **02/10/2017**

DR. ARTURO ROMERO ZARUR

P R E S E N T E

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

CONSTRUCCION Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL CONSULTA EXTERNA DE LA UMF#47

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

Núm. de Registro
R-2017-2402-59

ATENTAMENTE

DR.(A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

10. Anexos



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: CONSTRUCCION Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL CONSULTA EXTERNA DE LA UMF#47

Patrocinador externo (si aplica): No aplica
Lugar y fecha: UMF #47. SLP.
Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio: Construir un instrumento para poder medir la satisfacción a la salida de la consulta externa de medicina familiar.
Procedimientos: Validación y construcción de un instrumento.
Posibles riesgos y molestias: Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Fortalecer la cultura organizacional institucional.
Información sobre resultados y de tratamiento: Cuando así se desee. alternativas
Participación o retiro: Cuando así se desee.
Privacidad y confidencialidad: Absoluta

En caso de colección de material biológico (si aplica):
No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:

Incremento de cultura Organizacional.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dr. Romero Zarur Arturo

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

Cronograma de actividades IMSS Dr. Romero Zarur Arturo							
	1	2	3	4	5	6	7
Fase conceptual							
Formulación y delimitación del problema							
Revisión de la bibliografía							
Definición del marco teórico							
Formulación de hipótesis							
Diseño y planeación							
Selección del diseño							
Identificación de la población a estudiar							
Especificación de los métodos para medir variables							
Diseño de muestreo							
Terminación y revisión del plan de investigación							
Registro							
Realización del estudio piloto							
Fase empírica							
Colecta de datos							
Preparación de datos para el análisis							
Fase analítica							



Análisis de datos							
Interpretación de resultados							
Fase de difusión							
1.- Junio de 2017 2.- Julio a Agosto de 2017 3.- Septiembre de 2017 4.- Marzo a mayo de 2018 5.- Junio a Noviembre de 2018 6.- Diciembre de 2018 7.- Enero a febrero de 2019							

Recolección de información

Nombre de experto

Competencias del experto

Institución de trabajo

Correo

Genero

Antigüedad (IMSS)

Teléfono

Instrumento para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta externa de la Unidad Médica Familiar no. 47.

1.- Mencione su edad. 2.- Sexo.

- masculino
- femenino

3.- ¿Cómo fue el trato recibido por los vigilantes al ingresar a su UMF no. 47?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo

Muy malo

4.- ¿Cómo califica el trato recibido por el personal de la UMF no. 47?

Excelente

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

5.- ¿Cómo califica las condiciones generales de la sala de espera?

Excelente

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

6.- ¿El tiempo de espera para la consulta desde que llegó a la Unidad hasta pasar con el médico, fue?

Excelente

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

7.- ¿El médico que lo atendió al ingresar al consultorio lo recibió con un saludo cordial?

Excelente

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

8.- ¿Cómo considera que fue la revisión que le realizó el médico?

Excelente

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

9.- El médico que me atendió en esta Unidad, ¿tiene gran conocimiento de mi enfermedad?

Excelente

Bueno

- Regular
- Malo
- Muy malo

10.- ¿Considera que el consultorio garantiza privacidad al momento de la consulta?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

11.- ¿Se le orientó sobre la forma en la que se debe tomar su tratamiento?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

12.- En caso de que haya sido enviado a consulta a un hospital de especialidades, ¿cómo considera la calidad del trámite? (Si no ha sido enviado no contestar)-

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

13.- ¿Qué valor le otorga a la limpieza de la Unidad?

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

14.- ¿Cómo considera el sistema para otorgarle su cita mensual?

- . Excelente
- . Bueno
- . Regular
- . Malo
- . Muy malo