



# **UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

---

---

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA  
SALUD  
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**“SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y  
SU RELACIÓN CON LA CALIDAD EN LOS  
HOSPITALES PÚBLICOS DE IXMIQUILPAN HGO”**

## **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
Médico Cirujano**

**Presenta:**

**ANA LAURA SÁNCHEZ ISLAS**

**Director:**

**DRA. ROSA MARÍA ORTÍZ ESPINOSA**

**PACHUCA HGO., NOVIEMBRE 2005**



# UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

## INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

### DIRECTIVOS

Dr. Humberto Veras Godoy  
Director del Instituto de Ciencias  
de la Salud de la Universidad Autónoma  
del Estado de Hidalgo

---

Dr. Enrique Gil Borja  
Coordinador del Área Académica de  
Medicina del Inst. de Ciencias de la  
Salud de la Universidad Autónoma  
del Estado de Hidalgo

---

Dra. Rosa María Ortiz Espinosa  
Responsable de Titulación por Trabajo  
de Investigación del Área académica de  
Medicina del Instituto de Ciencias de la  
Salud de la Universidad Autónoma del  
Estado de Hidalgo

---



# UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

## INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

### JURADO

Dr. Mario Joaquín López Carvajal  
Presidente

---

Dra. Graciela Nava Chapa  
Primer Sinodal

---

Ing. Aracely Ortiz Polo  
Segundo Sinodal

---

Dr. Juan Diego Uribe Escamilla  
Tercer Sinodal

---

Dr. Luis Martín Bernal Lechuga  
Secretario

---



# **UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

## **INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

### **JURADO**

Dr. Horacio Gabriel Dorantes Peña  
Sinodal Suplente

---

Dr. Sergio Muñoz Juárez  
Sinodal Suplente

---

# INDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Antecedentes	
3.1 Internacionales	6
3.2 Nacionales	12
4. Marco Teórico	16
5. Planteamiento del Problema	25
6. Justificación	26
7. Objetivos	27
8. Hipótesis	28
9. Material y Métodos	
9.1 Diseño de Estudio	29
9.2 Ubicación de Espacio Temporal	29
9.3 Selección de Población de Estudio	29
9.3.1 Criterios de selección	29
10. Fuentes y Técnicas de Información	30
11. Definición Operacional de Variables	31
12. Tamaño Muestral y Técnica de Muestreo	33
13. Ruta Crítica	34
14. Plan de Análisis	35
15. Aspectos Éticos	37
16. Cronograma	38
17. Resultados	39
16.1 Descripción de la Población de estudio	39
16.2 Identificación de variables asociadas a Satisfacción y a Calidad de los servicios recibidos	57
18. Discusión	80
19. Conclusiones	84
20. Propuestas	88
21. Glosario de Términos	89
22. Anexos	97
23. Referencias Bibliográficas	108

# “SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE IXMIQUILPAN HGO”

## Resumen

**Introducción.** Una de las estrategias implementadas por el gobierno federal es la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios lo cual implica la evaluación constante de la calidad de la atención y el cuestionamiento del grado de satisfacción de los usuarios. **Objetivo.** Identificar los factores percibidos por el usuario que influyen en la satisfacción de los servicios de salud recibidos y su relación con la calidad de la atención en hospitales públicos del municipio de Ixmiquilpan Hgo. **Material y Métodos.** Se trata de un estudio observacional, transversal, analítico y comparativo entre la población abierta y de seguridad social, realizado en los Hospitales Públicos de Ixmiquilpan Hgo., en el periodo Agosto – Diciembre 2002. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias absolutas y proporciones), medidas de tendencia central y dispersión, se utilizó *chi2* para variables cualitativas, *t student* para variables cuantitativas. Se estimó Razón de Momios para la Prevalencia (RMP) con intervalos de confianza (IC) al 95%. **Resultados.** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en las variables que integran a las amenidades (comodidad del consultorio, RMP 2.3 IC 1.0 – 5.2; ventilación, RMP 3.3 IC 2.4 – 4.5; iluminación, RMP 2.5 IC 1.7 – 3.6; limpieza de baños, RMP 1.9 IC 1.3 – 2.9). De la misma manera acciones de omisión durante el proceso de la atención: sin exploración física RMP 6.2 IC 3.3 – 11.7; sin explicación de tratamiento RMP 2.3 IC 1.5 – 3.5. La dimensión interpersonal influyó de manera significativa en la percepción de la satisfacción, como el caso del médico poco amable RMP 6.2 IC 3.3 – 11.5; personal del modulo no amable RMP 5.7 IC 3.1 – 10.3. **Conclusiones.** Al parecer la manera como es tratado el paciente, la omisión de acciones de revisión y diagnóstico, así como variables relacionadas con la comodidad influyen en la satisfacción que el usuario manifiesta que son altamente concordantes con la emisión de mala calidad de la atención. **Palabras Clave** Calidad, Satisfacción.

# INTRODUCCIÓN

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta tanto para los gerentes como para los profesionales de salud los cuales diseñan programas y estrategias que están procurando ofrecer mejor atención a más personas. Las estrategias que se han planteado buscan unificar los esfuerzos de las principales instituciones del sistema de salud, con el objeto de desarrollar criterios uniformes. Este esfuerzo actualmente se lleva en un programa diseñado para la mejora de la calidad de la atención médica que recibe la población en el país. <sup>1</sup>

La evaluación de la calidad de los cuidados de la salud se ha vuelto una preocupación mayor para los proveedores de servicios de salud en las recientes décadas. Uno de los objetivos en los que esta basada la Calidad de los Servicios de Salud es el otorgar trato digno y atención medica efectiva, ética, y segura como elementos que definen la calidad. La inclinación natural, es entonces, asumir tales variaciones que impliquen las clasificaciones jerárquicas: que las medidas reflejan la calidad y que las variaciones en las medidas reflejan las variaciones en la calidad. <sup>2</sup>

Los conceptos de calidad y satisfacción se encuentran en el centro del debate de las investigaciones de los servicios de salud. La faceta más interesante que afrontan hoy los investigadores es la interacción entre la calidad, la satisfacción y el valor. Nuestro trabajo se enmarca en dicha línea y analiza las relaciones causales de la calidad esencialmente de los hospitales públicos con la satisfacción de los pacientes y acompañantes. <sup>3</sup>

De tal modo que este trabajo utilizara la metodología propuesta por Avedis Donabedian, cuyas variables conceptuales son estructura, proceso en el cual se incluyen variables relacionadas con el trato digno, esto es relaciones interpersonales;

y tercer elemento la dimensión denominada Resultado, en donde la variable satisfacción del usuario resulta particularmente importante, ya que se traduce como el resumen o conclusión total de las acciones que integraron el proceso de atención; si bien es cierto que pueda existir satisfacción en cada una de las diferentes etapas del proceso que se le otorgó al usuario en este proyecto, la satisfacción constituye uno de los indicadores que permiten desde la adhesividad al tratamiento otorgado hasta la continuidad en el uso de los servicios que otorga la institución, denominándose a este último intensidad de uso.<sup>4</sup>

Este trabajo analizará los factores que se encuentran influyendo en la satisfacción que el paciente y/o usuario de los servicios de salud percibe de dos Unidades Hospitalarias del Municipio de Ixmiquilpan Hgo., y cómo ésta se relaciona con la calidad de la atención, con el propósito de identificar aquellos susceptibles de ser modificados que repercuten en la calidad de los servicios otorgados.

## ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La abundante literatura de los últimos años sobre el tema de la calidad puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo. Sin embargo, desde sus orígenes el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas, sociales, etc. El espíritu de superación, unido a la satisfacción que reporta, conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y a perfeccionar lo que previamente ya establecido.<sup>1</sup>

Uno de los principios básicos de cualquier estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios de salud es el cumplimiento de metas de calidad. Así mismo el movimiento de calidad en los servicios de salud se alimenta de las raíces de los campos de la medicina y la industria.<sup>6</sup> De tal manera que a satisfacción del usuario de un bien o servicio data de la industria donde al cliente siempre se le daba la razón e interesaba la satisfacción que el mismo manifestaba para que el producto se vendiera con mayor énfasis por lo que la calidad del bien o servicio influía en la satisfacción que el usuario manifestaba.<sup>7,8</sup>

Los esfuerzos por evaluar la calidad datan desde Antes de Cristo (A. C.) en China e India donde existieron estándares que determinan quien puede practicar la medicina. En Europa a partir de 1140, surgieron esfuerzos en Italia para licenciar a todos los médicos.<sup>9</sup>

En este sentido los estudios que evalúan la calidad inician en USA el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American Collage of Súrgenos (Colegio Estadounidense de Cirujanos) reunió el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y eliminaran los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por el Joint

Comission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones de Prestación de Salud).<sup>9</sup>

Podemos considerar que el interés por la gestión de la calidad, comienza con Taylor, con lo que se denominaba *dirección científica taylorista*, sistema que promulgaba la realización de tareas específicas, observando los procedimientos de los trabajadores y midiendo la salida del producto.<sup>18</sup>

Shewhart en 1939 escribió *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control*, método estadístico desde un enfoque del *Control de Calidad*, uno de los estudios más importantes fue *el memorandum del 16 de mayo de 1924*, mediante el cual proponía el uso de gráficas de control a sus superiores, en su honor se creó la medalla Shewart y se le considera como el padre del control estadístico de calidad.<sup>15</sup>

Otro de los autores de gran interés fue Deming que inició su carrera con el control estadístico de la calidad, pero la entrada de los Estados Unidos a la Segunda Guerra Mundial y la demanda excesiva de productos por parte de los aliados provocó que las empresas americanas se orientarán a la producción en masa, satisfaciendo dicha demanda en un mercado muy estandarizado y muy cerrado, dejando de lado las ideas de Shewhart, Deming y otros precursores de la calidad.<sup>16,</sup>  
<sup>18</sup>

Philip B. Crosby inició con Trabajos relacionados con la calidad en 1952 en una escuela médica. En 1979 fundó *Philip Crosby Associates* (PCA), en 1997 estableció Philip Crosby Associates II, actualmente es uno de las principales institutos de Calidad, para el proceso de mejora de la calidad.<sup>12</sup>

Juran sistematizó los conceptos y técnicas desarrolladas hasta entonces, erigiéndose además en lo que podríamos denominar *el movimiento de la calidad*. En 1954 convierte el Control de la Calidad en instrumento de la dirección de la empresa

conocida como *Gestión Sistemática del Control de Calidad* y describe la calidad como la *adecuación de los Productos y Servicios al uso para el cual han sido concebidos* y desarrolló una trilogía de calidad: *Establecer un Plan de Calidad, efectuar el Control de Calidad e implantar la Mejora de la Calidad*. Su fundamento básico de la calidad, es que sólo puede tener efecto en una empresa cuando ésta aprende a gestionar la calidad. Para impartir sus conocimientos, crea el Instituto Juran de la Calidad, desarrolló un interesante cuerpo doctrinal que en parte sigue estando vigente en la actualidad a través de la Gestión de la Calidad Total.<sup>12, 13</sup>

En los ochenta, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a empezar a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares.<sup>18</sup>

Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud adoptó una política formal de calidad en 1991 y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica.<sup>21</sup>

## **SATISFACCIÓN**

Un estudio de Thomas y cols., demuestra que existe una elevada correlación entre las expectativas de los pacientes y su grado de satisfacción, es por eso que uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de la calidad de los servicios de salud consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los usuarios.<sup>17</sup>

Hall y Dornan refieren que la satisfacción se relaciona con un elevado número de variables, tales como la calidad afectiva del proveedor de salud, la cantidad de

información que utiliza el proveedor, la habilidad técnica del proveedor de los servicios salud, el tiempo de espera y variables de tipo sociodemográficas como edad y sexo entre otras.<sup>17</sup>

Los métodos de medición más generalizados utilizan encuestas como medio para analizar el grado de satisfacción, y la opinión respecto de su estado actual. El principal método utilizado para ello es el SERVQUAL, instrumento desarrollado por Parasuraman<sup>14</sup> cuyo objetivo es la medición de la calidad del servicio, donde se incluyen las dimensiones de fiabilidad, interés, garantía y empatía.

Algunos instrumentos de medida de la satisfacción fueron desarrollados por Blendon, quien para 10 países trató de establecer una medida de la satisfacción partiendo de un cuestionario en el que constaban un número de preguntas estandarizadas y consensuadas para, a partir del mismo, esclarecer la opinión de la población hacia la calidad de los servicios de salud.<sup>29</sup>

Es importante para entender la escuela europea, diferenciar entre la *calidad de técnica y funcional*, Grönroos propone que el contenido de lo evaluado en la calidad de los servicios, se puede componer básicamente de las siguientes dimensiones *La calidad técnica o resultado del proceso de prestación del servicio, es lo que los clientes reciben, que se ofrece en el servicio*. La calidad del producto ofrecido, tiene mayor criterio objetivo, por lo tanto menor dificultad de evaluación por los clientes. *La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso*, (calidad de prestación del servicio) experiencia del cliente con el proceso de producción y consumo, se refiere a la forma de como se presta el servicio. Está relacionada directamente con la interacción del cliente con el personal de servicio, es la relación médico-paciente y acciones de revisión y diagnóstico.<sup>20</sup>

Uno de los modelos que mejor resume el nivel de calidad alcanzado por una organización desde el punto de vista de sus clientes, es el de Parasuraman, Zeithaml y Berry se distinguen dos partes claramente diferenciadas pero relacionadas entre sí: la primera hace referencia a la manera en que los clientes se forman una opinión sobre la calidad de los servicios recibidos y la segunda refleja las deficiencias que pueden producirse dentro de las organizaciones, lo que provoca una falta de calidad en el suministro a los clientes.<sup>14</sup>

A través de la gerencia moderna surgió la necesidad de crear culturas corporativas participativas, de responsabilidad colectiva e individual, centradas en la satisfacción de los demandantes de servicios por ese motivo las instituciones de salud retoman las experiencias previas de la Satisfacción empresarial y la adoptan como indicadores objetivos de la evaluación de la calidad percibida por el usuario de los servicios de salud.<sup>25</sup>

De tal manera que en la década de los 90s surge un nuevo concepto denominado *calidad total* en el cual se lleva a la práctica la búsqueda diaria de mejores estándares, con adopción de objetivos y conocimiento explícitos por todos los miembros de la institución, además del monitoreo constante de la satisfacción del usuario.<sup>26 – 28</sup>

Las investigaciones de la calidad de servicio relacionadas con el procesamiento cognitivo de la información han tenido un sesgo, incluso más acentuado que con lo relacionado a la satisfacción, de hecho, la gran mayoría de estudios sobre el tema ni siquiera se plantean la posibilidad de tener en cuenta aspectos emocionales de la calidad y asocian su definición y medida exclusivamente a lo cognitivo.<sup>28</sup>

Desde esta perspectiva se considera la calidad como *un servicio instrumental*, es decir, *utilitarista*, existirá calidad cuando el servicio cumpla, desde la perspectiva

del cliente, su función. No obstante, no hay acuerdo a la hora de entender cuál es el proceso cognitivo que lleva a los individuos a valorar que un servicio cumple o no con su función.<sup>23, 24</sup>

La literatura tradicional mantiene que la satisfacción está relacionada con el tamaño y las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio. Por otro lado, la definición más aceptada de calidad del servicio se basa en el concepto de calidad percibida, que considera al cliente como el único juez de la calidad, que permite emitir opiniones relacionadas en su satisfacción.<sup>25, 30</sup>

El debate se centra en, sí la calidad es un antecedente de la satisfacción o viceversa. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad.

En un principio la calidad se asociaba con las secciones de inspección y control, donde a través de un análisis estadístico se trataba de determinar si la producción cumplía con los estándares de calidad previamente establecidos.<sup>31</sup>

El marco conceptual de Bruce incluye seis elementos de calidad de atención en la prestación de servicios: selección de métodos, información proporcionada al cliente, competencia técnica, relaciones interpersonales, mecanismos para motivar la continuidad y Una constelación apropiada de servicios que conclúan con la satisfacción del usuario.<sup>9</sup>

Históricamente, para los profesionales de la salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo. Para los elaboradores de políticas y los financiadores, entre los elementos clave con respecto a la calidad figuran el costo, la eficacia y los resultados para las poblaciones en su totalidad.<sup>32</sup>

## ANTECEDENTES NACIONALES

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

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

La evolución de la sociedad mexicana en las últimas décadas obedece a múltiples razones como el cambio demográfico, la elevación de los niveles de educación de la población, profundos cambios en lo económico, intereses y valores emergentes, nuevas formas de asociación u organización sociales, cambios tecnológicos e internacionalización. La población mexicana está conformada en su mayor parte por personas jóvenes cuyas expectativas de salud pública a futuro, han sido consideradas en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, en el que se señala que la plenitud de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura, sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas.<sup>22</sup>

En México, se inician los primeros estudios sobre la calidad en el Hospital la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social en base a la revisión y estructura de expedientes clínicos; donde en 1970 se hace mención al expediente clínico como instrumento para evaluar la atención médica otorgada a los pacientes a través de trabajos de González Montesinos, Lee Ramos y cols.<sup>34</sup>

Otras publicaciones que nos hablan de la evaluación de la calidad y eficiencia nos permiten valorar la atención médica otorgada a los pacientes; existen trabajos que evalúan la importancia de la relación Médico paciente como los trabajos de Puches, Tamayo y Garduño.<sup>34</sup>

El primer programa en el país de Garantía de Calidad se elabora en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud así como el programa de Garantía de la Calidad en el primer nivel de atención; y se crea la primera unidad de estudios sobre la calidad de la atención a la salud en el Instituto Nacional de Salud Pública de México.<sup>22</sup>

En la década de los ochentas con González y cols., diseñan el Sistema de Educación Médica, Progreso y Perspectiva; basado en la evaluación Integral de la Calidad de Atención Médica, además se da a conocer la Primera Edición de libros de Avedis Donabedian sobre la Calidad de la Atención Médica.<sup>22</sup>

En México se crea la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud por medio del Congreso Mundial de Calidad de Atención formado en 1992, García Garro analiza los médicos familiares observando su perfil académico, satisfacción del usuario y la prestación del servicio del médico, donde menciona que no existe diferencia alguna en la satisfacción del usuario si su médico esta o no capacitado para el primer nivel de atención, lo que permite darnos cuenta la importancia que tiene la satisfacción e insatisfacción de parte del médico como del paciente y la mejoría de la calidad de atención.<sup>35</sup>

Bronfnan M. como parte de los prestadores de servicios de salud menciona la gran necesidad de garantizar que los insumos necesarios para la operación de los servicios lleguen con oportunidad, así mismo se refiere la necesidad de que los médicos conozcan el concepto que los usuarios tienen de ellos.<sup>36</sup>

La satisfacción laboral y la evaluación de la calidad de la atención médica, elaborado con el fin de mejorar las condiciones de la prestación de los servicios de salud, donde Salinas Oviedo C. responsable de esta investigación menciona la importancia de la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones y lo define como un elemento importante en la calidad de la atención médica.<sup>37</sup>

El interés de la Calidad de la Atención en México y en muchos países se ha manifestado de diferentes maneras; así lo menciona el Dr. Ruelas en sus diferentes publicaciones tales como “Calidad, Productividad y Costos”, “Nuevos horizontes de la Calidad de Atención a la Salud”; donde refiere la organización en el área académica como en la prestación de los servicios con el objetivo de difundir métodos para mejorar y evaluar los diferentes niveles de la calidad.<sup>38,39</sup>

Bobadilla como investigador, se interesó particularmente por la equidad en salud, fue pionero en la medición de la calidad de la atención prenatal y del parto, su interés se enfocó en las consecuencias extremas y dolorosas de la inequidad en el acceso a servicios de calidad para la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

36

En México se han desarrollado trabajos que evalúan la calidad de la atención en función de la satisfacción que el cliente interno ( Prestador de los servicios de Salud: Médico, Paramédicos, etc.), tiene en relación a su papel laboral<sup>32</sup> de tal manera que la calidad de las funciones que desempeña el personal de salud y su productividad tienen que ver con los modelos de atención a la salud y a su apego a normas y estándares de atención.

Por otro lado Sandoval y cols., efectuaron en instituciones de la Seguridad Social un análisis de la satisfacción del usuario relacionada con variables de tipo organizacional que tienen que ver con la disponibilidad en insumos, con el número y

perfil de los prestadores de servicios así como factores relacionados con la accesibilidad de tipo administrativa.<sup>41</sup>

En el país se han realizado estudios de la satisfacción en Unidades de Primer Nivel que significan el primer contacto que el usuario tiene con los servicios de salud por lo que los datos del estudio de Morales - García permite demostrar la necesidad de realizar intervenciones tan sencillas como el manejo de mejores relaciones interpersonales, esto es entre el médico, el personal paramédico y el paciente.<sup>42</sup>

Campos y cols., analizaron la satisfacción que el usuario hospitalizado refería de la atención recibida, en este sentido los autores se cuestionan la mayor vulnerabilidad que tiene este paciente hacia las acciones de revisión, diagnóstico y dimensión interpersonal.<sup>43</sup> De la misma manera, Moguel evaluó la influencia que la satisfacción representaba para la comprensión de la adherencia al tratamiento de los pacientes pediátricos en una unidad de segundo nivel de atención infantil.<sup>47</sup>

El nivel federal diseño en la presente administración una estrategia nacional denomina Cruzada Nacional por la Calidad, en la cual el sector Salud vislumbra un cambio Histórico, constituyéndose un eje de transformación en el cual la calidad mantiene como primordial eje a la Satisfacción del paciente.<sup>49</sup>

## MARCO TEORICO

La Calidad es definida como una filosofía entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dimensión de resultado de la atención.<sup>1</sup>

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de los que el espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.<sup>10</sup>

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad.<sup>52</sup>

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. Esta satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si sus expectativas son bajas o si tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.<sup>52</sup>

En cuanto a los temas relacionados con la calidad de la atención de la salud, nos llama la atención todo aquello que, el Dr. Avedis Donabedian, supo conceptualizar acertadamente sobre este tema. Es conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la

calidad. Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar su determinación conceptual y la validez de sus postulados, al referir que...“cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”.<sup>6, 11</sup>

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

La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia: el primero que calidad “ es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio ”. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando “ todas las características, funciones o comportamientos ”.<sup>11</sup>

El segundo concepto que deseamos destacar, (por que lo consideramos de suma importancia), es que “ se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores ”. Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “ de calidad ”.<sup>10</sup>

El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadosamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado.<sup>7</sup>

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos, tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.<sup>10</sup>

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

La calidad se ha definido en el área de los servicios personales, donde es posible apreciar la relación entre su producción y la satisfacción de necesidades, sea esto en el ámbito individual como en el social; y se ha hecho énfasis en el señalamiento de que se trata de un atributo que puede ser poseído en diferentes grados de acuerdo a normas establecidas, por lo que es susceptible de someterse al proceso administrativo al tratarse de algo objetivo y por lo tanto medible.<sup>52</sup>

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

La dimensión interpersonal es lo que se ha dado en llamar la «calidez» de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su plena satisfacción. Como puede verse, una mejor calidad de los servicios significa mayor salud y bienestar para los individuos y las poblaciones.<sup>52</sup>

En el área de la salud la calidad se ha definido en muchas formas, desde la perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. No obstante, otros definirían la calidad principalmente como el hecho de cubrir los deseos del cliente.<sup>34</sup>

La definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las perspectivas de todos estos grupos: La calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.<sup>55</sup>

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados. El adoptar un enfoque centrado en el usuario suele requerir un cambio de actitud. Aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad, la mayoría de los prestadores de servicios y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al usuario. Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes.<sup>34</sup>

La mayoría de los esfuerzos para mejorar la calidad en el campo de la salud se han enfocado en la prestación de servicios y en otros factores relacionados con los suministros. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios.<sup>53</sup>

La orientación hacia el usuario también proporciona una nueva perspectiva con respecto a la administración de programas. También se debe cubrir los deseos y las necesidades de los miembros del personal si ellos han de motivarse y prestar servicios de buena calidad constantemente. Por lo tanto, los proveedores iniciales y sus supervisores pueden considerarse, en terminología administrativa “clientes internos”.<sup>17</sup>

En los servicios de salud centrados en el usuario, el usuario es lo primordial en todo momento de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios. El usuario es el experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades.

El personal de salud reúne información sobre los usuarios para crear y ofrecer servicios adecuados. Las preferencias del usuario guían todo aspecto de la prestación de servicios, desde el horario de la clínica hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones.<sup>25</sup>

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

Calidad es un concepto relativo que se define como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las cosas restantes de su especie.” De igual modo toma el concepto de ser “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.<sup>44</sup>

Donabedian después de treinta años de trabajo, continúa haciendo propuestas no sólo para definir, sino para medir y evaluar la calidad de la atención médica.<sup>45</sup>

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

Consideremos las llamadas dimensiones de la calidad, que son, por decirlo de alguna manera, los tres ámbitos en los que se hace evidente el grado de calidad con que se otorgan los servicios de salud a la población :<sup>46</sup>

### **LA DIMENSIÓN TÉCNICA.**

Que consiste en que el prestador de servicios de salud debe contar con los conocimientos y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades con el usuario, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, no necesariamente paciente, con un mínimo de riesgos.<sup>46</sup>

### **LA DIMENSIÓN INTERPERSONAL.**

Interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios. Involucra una actitud de atención e interés por servir por parte de éste, pero además el respeto y la cordialidad mutua que deben enmarcar la relación.<sup>46</sup>

## **COMODIDADES**

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

## **ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN <sup>13</sup>**

- Disponibilidad y oferta de insumos
- Capacidad técnica del prestador de servicios
- Relaciones interpersonales
- Mecanismo de seguimiento
- Organización de Servicios

## **DISPONIBILIDAD Y OFERTA DE INSUMOS:**

La calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente. <sup>13</sup>

## **INFORMACIÓN AL CLIENTE**

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

## **CAPACIDAD TÉCNICA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS**

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

## **RELACIONES INTERPERSONALES CON EL CLIENTE**

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

## **MECANISMO DE SEGUIMIENTO AL CLIENTE.**

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

## CONSTELACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS

Este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades pre existentes. Existen muchas maneras de mejorar: <sup>13 46</sup>

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

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

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

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Cuáles son los factores que influyen con la satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad de la atención en los Hospitales Públicos del Municipio de Ixmiquilpan Hgo. ?

## JUSTIFICACIÓN

Uno de los elementos de mayor importancia vinculados no solo a la intensidad en el uso de los servicios de salud, sino en la adherencia al tratamiento, el apego a indicaciones de orden preventivo esta relacionada con la satisfacción que el usuario manifiesta del servicio recibido; si bien es cierto que está asociada con la calidad que se percibe del servicio otorgado es importante identificar los factores asociados a la presencia de la satisfacción asociada a la calidad en la prestación de los servicios.

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

Aun cuando el servicio de salud cuente con todos los insumos, en ocasiones no se encuentran realmente disponibles por problemas de almacenamiento, falta de personal capacitado para ofrecer estos insumos, por lo que resulta de particular importancia el identificar en el contexto local los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes de dos hospitales públicos uno de la seguridad social y otro de la población abierta con el objeto de proporcionarle al tomador de decisiones información que le permita diseñar estrategias de solución.

# OBJETIVOS

## Objetivo General:

Identificar los factores percibidos por el usuario que influyen en la satisfacción de los servicios de salud recibidos y su relación con la calidad de la atención en hospitales públicos del municipio de Ixmiquilpan Hgo.

## Objetivos Específicos:

1. Caracterizar a la población de estudio según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
2. Identificar la proporción de satisfacción percibida por el usuario de la consulta externa de los Hospitales Públicos según género, edad y seguridad social.
3. Analizar las variables asociadas a Satisfacción percibida según género y pertenencia a seguridad social:
  - 3.1 Identificar las variables relacionadas con la calidad y accesibilidad (administrativa, económica y geográfica) que influye en la satisfacción del usuario con los servicios recibidos.
  - 3.2 Distinguir los factores asociados con la calidad y la constelación de los servicios que participan en el proceso de la atención recibida según la percepción del usuario.
  - 3.3 Identificar los factores asociados con la calidad en su dimensión de proceso, dimensión interpersonal y amenidades, y su relación con la Satisfacción referida por los usuarios.
4. Identificar la intensidad de uso y la cobertura de las expectativas de los usuarios en torno al servicio recibido.

## **HIPÓTESIS**

Por tratarse de un estudio Transversal no es posible la postulación de Hipótesis por las limitaciones propias de este diseño epidemiológico, que entre las más importantes se encuentra la ambigüedad temporal.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño Epidemiológico:

Se trata de un Diseño observacional, transversal, analítico y comparativo

### Ubicación en el Tiempo, Lugar y Persona:

- Tiempo: Periodo Agosto – Diciembre 2002
- Lugar: Hospital General de Zona y Medicina Familiar IMSS  
Hospital General de Ixmiquilpan de los SSH
- Persona: Usuarios demandantes de la Consulta Externa de los  
Hospitales seleccionados en el período antes referido

### Criterios de Selección:

a) Criterios de Inclusión: usuarios de la consulta Externa de los hospitales seleccionados que acudan a demandar atención en el período del Estudio

b) Criterios de Exclusión: Cuestionarios de pacientes cuya atención en salud halla sido canalizada a otro nivel de atención, así como pacientes pediátricos cuyo acompañante no fuese su padre o tutor.

b) Criterios de Eliminación: Cuestionarios de pacientes eliminados que tengan mas del 25% de las preguntas no concluidas

### **Fuentes de Información:**

Se trata del análisis de una base secundaria de datos; se utilizó la base de datos constituida por las encuestas de los usuarios de los hospitales de IMSS y SSAH del Municipio de Ixmiquilpan Hgo. que forma parte de un estudio multicéntrico efectuado en 15 hospitales del estado de Hidalgo, Méx<sup>25</sup>. Las encuestadas fueron levantadas en el periodo de estudio correspondiente; dicha encuesta fue obtenida a través de un entrevistador contratado exclusivamente para tal función

### **Procesamiento Electrónico de la Información.**

Estuvo constituida por la integración de una base de información de las encuestas de los usuarios del Hospital General de los Servicios de Salud de Hidalgo y Hospital General de zona y Medicina Familiar de Ixmiquilpan Hgo., capturados en una base de Datos llamada Acces. Posteriormente se efectuó limpieza de la base de Datos a través de la corrección de inconsistencias a través del uso del paquete STATA (Statistics Data Analysis) versión 6.0.<sup>61</sup>

## **Definición Operacional de Variables**

### **Variable dependiente**

- ✓ Calidad de Atención Médica
- ✓ Satisfacción

### **Variables Independientes**

- ✓ Amenidades
- ✓ Tiempo de espera
- ✓ Tiempo de consulta
- ✓ Amabilidad
- ✓ Resolución del problema

### **Variables confusoras**

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado civil
- ✓ Ingreso económico

## Definición de Variables y Escalas de Medición

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente
Calidad de Atención Medica	Otorgamiento de la atención oportuna al usuario conforma los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador del servicio de la institución	Conceptualización Dicotómica de la calidad: Buena Mala	Cualitativa nominal binaria	Encuesta Calidad (anexo 2)
Amenidades	Constelación de servicios según la implementación de condiciones, comodidad, higiene, iluminación, ventilación, que constituyen el confort.	Comodidad: Ventilación: 1)Cómodo a)Buena 2)Incomodo b)Mala Iluminación: a) Buena b) Mala c) Regular	Cualitativa Categórica	Encuesta Calidad (anexo 2)
Tiempo de Consulta	Tiempo estimado para revisión y diagnóstico de las consultas demandadas	Tiempo estimado para el otorgamiento del servicio y/o consulta	Cualitativa Continua	Encuesta Calidad (anexo 2)
Tiempo de Espera	Variable de tipo organizacional que constituye el tiempo en minutos desde la solución de la atención hasta el otorgamiento de la misma	Tiempo percibido por el usuario como el tiempo antes del otorgamiento de la atención. Se medirá como cuantitativa continua y a través de ella se genera una cualitativa categórica	Cuantitativa continua  Cuantitativa categórica: a)Muy largo b)Largo c)Regular d) Corto e) No se	Encuesta Calidad (anexo 2)
Dimensión Interpersonal (Amabilidad)	Dimensión interpersonal que significa la relación entre el personal médico, paramédico y el paciente y/o usuario	Trato del personal médico o paramédico hacia el usuario derivado de las relaciones interpersonales	Cualitativa Categórica a) Muy amable b) Amable c) Poco amable d) Grosero	Encuesta Calidad (anexo 2)
Resolución del problema	Capacidad resolutive de la institución	Solución al problema demandado por el paciente	Cualitativa categórica a) Si b) Si algunas veces c) No	Encuesta Calidad (anexo 2)
Edad	Lapso de Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	Edad en años manifestada por usuario	Cuantitativa Discreta	Encuesta Calidad (anexo 2)
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción	Diferenciación por género	Cualitativa Dicotomica a) Masculino b) Femenino	Encuesta Calidad (anexo 2)
Escolaridad	Numero de grados cursados	Número de años cursados según nivel	Cualitativa Categórica: a)No lee b) Si lee c)Primaria completa d)Primaria incompleta e) Secundaria f)Carrera Técnica g)Preparatoria h)Profesional	Encuesta Calidad (anexo 2)
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Condición civil del usuario encuestado	Cualitativa Nominal: a)Soltero b)Unión libre c)Casado(a) d)Divorciado(a) e)Separado(a) f)Madre soltera g)Viudo(a)	Encuesta Calidad (anexo 2)
Satisfacción del usuario	Es la relación que existe entre la percepción que tiene el paciente de la atención recibida, el grado de cumplimiento terapéutico, la frecuencia con la que utiliza los servicios y el interés por la condición de salud	Opinión del usuario relacionada con sus expectativas de atención y el beneplácito de las mismas	Cualitativa Nominal Dicotómica: a) Satisfecho b) Insatisfecho	Encuesta Calidad (anexo 2)

## Tamaño Muestral y Técnica de Muestreo

Se trata de un tamaño de muestra a conveniencia constituido por el total de encuestas de los usuarios de los Hospitales seleccionados; por tal motivo no se utilizara ninguna técnica de muestreo.

$$n = \frac{Z^2 (p q)}{E^2}$$

$n$  = tamaño de muestra  
 $Z$  = nivel de significancia (1.96)  
 $p$  = proporción (Prevalencia) del fenómeno de interés  
 $q = 1 - p$   
 $E = 0.05$

$$n' = n (\text{TRN})$$

$$n = 896$$

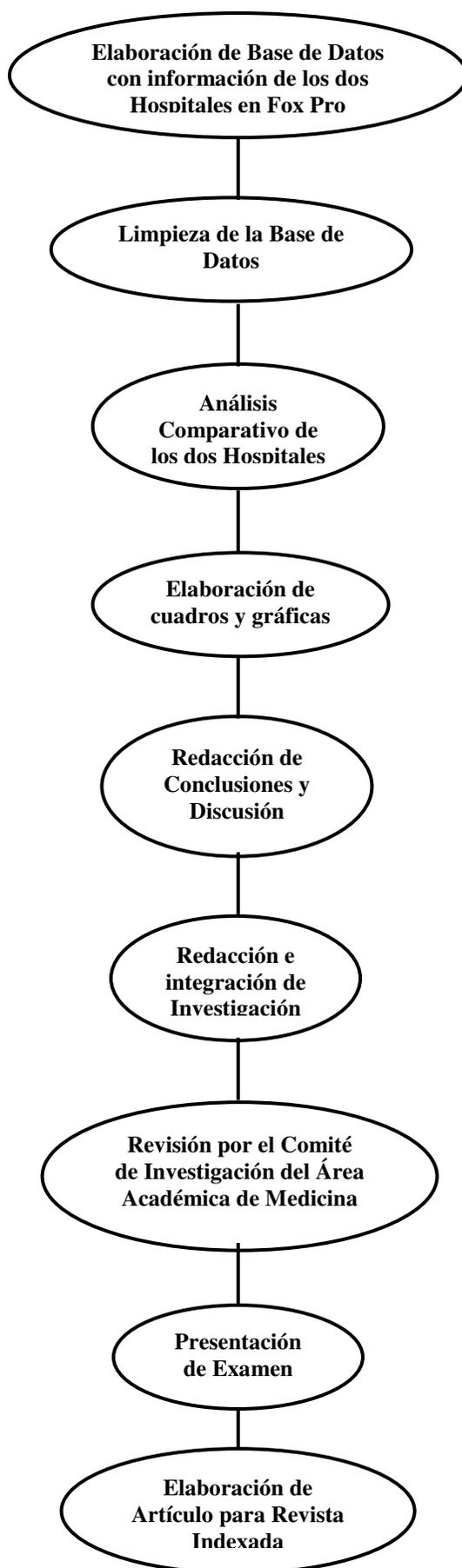
$$n' = 896 (10)$$

$$n' = 896 + 90$$

$$n = 986$$

Para su estimación se utilizó el paquete estadístico Epidat versión 2.0

## Ruta crítica



## Plan de Análisis

### *Análisis Descriptivo:*

Se iniciará con Análisis Univariado que nos permita la caracterización de la población de estudio, a través de la utilización de medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Para variables cualitativas se analizó a través de la estimación de proporciones y la estimación de prevalencias.

### - Fórmulas:

\* $\chi^2$  (*chi cuadrada*) para evaluar la diferencia de proporciones en las variables cuantitativas y la asociación entre dos variables.

- Tabla 2 X 2:

	C	$\overline{C}$
E	<i>a</i>	<i>b</i>
$\overline{E}$	<i>c</i>	<i>d</i>

$$\text{Prevalencia de exposición} = \frac{mi}{n} \times 100$$

$$\text{Prevalencia E} = \frac{a}{ni}$$

$$\text{Prevalencia } \overline{E} = \frac{c}{no} \times 100$$

$$PFR = \frac{n_i}{n} \times 100$$

- Razón de momios:

$$RMP = \frac{a \times d}{b \times c}$$

- Intervalos de Confianza al 95%:

$$\ln RM \pm Z_{1-\alpha} (EE)$$

$$\text{Donde } EE = \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{b} + \frac{1}{c} + \frac{1}{d}}$$

- Medidas de Impacto Potencial

Fracción Etiológica en Expuestos

$$FEE = \left[ \frac{RMP - 1}{RMP} \right]$$

Fracción Etiológica poblacional

$$FEPP = \frac{a}{m_i} \left[ \frac{RMP - 1}{RMP} \right]$$

- Paquete STATA versión 6.0 <sup>61</sup>

## **Aspectos Éticos y de Bioseguridad**

Corresponde a una investigación sin riesgo según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación. Se enfatiza cuidar el anonimato y la confidencialidad de la información según el Reglamento de la Ley General de Salud. El presente proyecto cuenta con la autorización del proyecto de investigación denominado Calidad de la Atención de la Consulta Externa en el Sector Salud en Hidalgo que se llevó a cabo en 15 Hospitales de la entidad para lo cual se anexa la carta de autorización de uso de Base de Datos correspondiente.

De tal manera que como es el uso de una base secundaria de datos no requiere de carta de Consentimiento Informado y se anexa la carta compromiso del alumno y carta de autorización antes mencionada, y se mantiene la confidencialidad de la información, el anonimato de los participantes y el respeto a la autoría del trabajo original.

# RESULTADOS

## ANÁLISIS UNIVARIADO

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA:

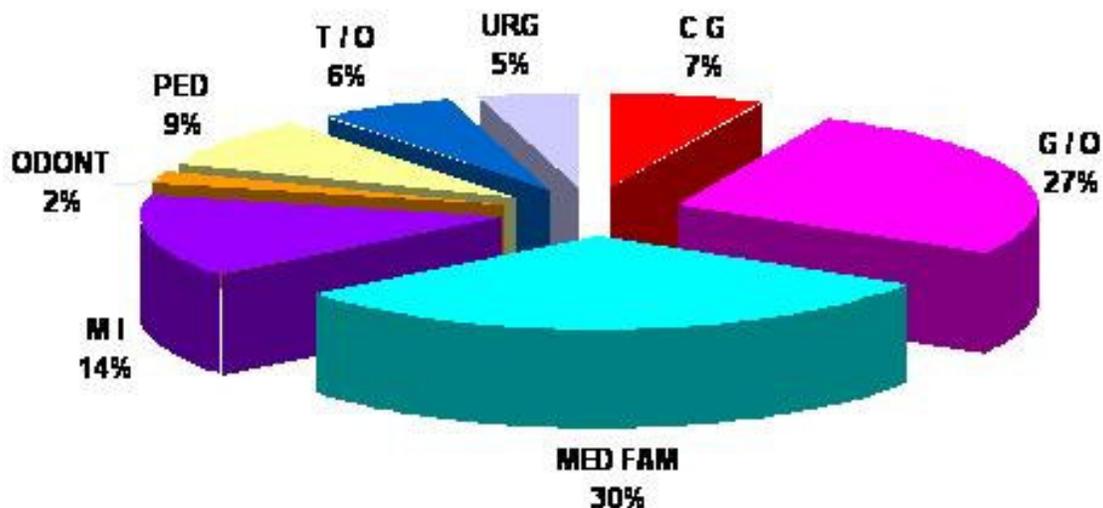
El estudio se realizó en una población de 995 personas que acuden a los servicios ambulatorios de los hospitales públicos del municipio de Ixmiquilpan Hgo., de los cuales el 55.78% (n=555) correspondían al IMSS y el 44.22% (n=440) era perteneciente a SSAH. Se observó que el turno más encuestado fue el matutino con un 71.86% (n=715), para el vespertino un 28.14% (n=280).

En la *Gráfica No.1* se puede observar la distribución proporcional del tipo de servicio encuestado observando que el mayor porcentaje se obtuvo en Medicina Familiar con un 30.45% (n=303) y Ginecoobstetricia 26.73% (n=266). Del total de la población encuestada en el IMSS el servicio con mayor frecuencia fue Medicina Familiar con 40.54% (n=225) y en SSAH con el 32.27% (n=142) Ginecoobstetricia.

*Gráfica No.2*

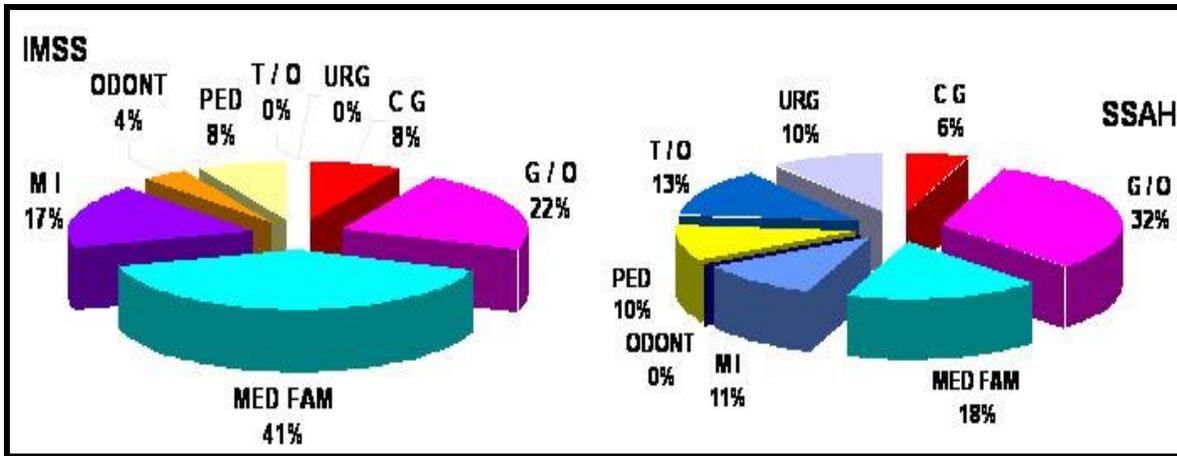
Gráfica No. 1

Distribución proporcional del total de los servicios encuestados de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Gráfica No. 2  
 Distribución proporcional del total de los servicios según institución de los  
 Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Con respecto al municipio, el de mayor proporción fue Ixmiquilpan 54.57% (n=543) seguido de Alfajayucan con un 8.14% (n=81).

La mayor proporción de los encuestados correspondió al género femenino 87.84% (n=874). El promedio de edad de los encuestados correspondió a  $34 \pm 12.92$  años. En relación a la edad de los encuestados por género se observó que el sexo masculino tuvo una media de  $41.23 \pm 16.19$  años y el sexo femenino  $33 \pm 12.08$  años. *Cuadro No.1*

De acuerdo al estado civil, la frecuencia de casados fue de 50.75% (n=505), solteros 5.73 (n=57) y en unión libre 32.96% (n=328). Con respecto a la escolaridad se observó que el porcentaje más alto fue en primaria completa con 35.57% (n=324) seguido de secundaria 28.32% (n=258).

El ingreso en promedio fue de \$1,248.623  $\pm$  937.63 con un mínimo de \$24.<sup>00</sup> y un máximo de 1,200.<sup>00</sup>, encontrando que el ingreso promedio para los usuarios del IMSS fue de \$1,274.86  $\pm$  1,025.90 y \$1,215.84  $\pm$  814.07 para los de SSAH. De acuerdo al grado de escolaridad, el ingreso en promedio del analfabeta fue de \$927.86 y del profesionista \$2,490.<sup>00</sup>, se observó que el sexo masculino obtuvo el mayor ingreso mensual adquiriendo en promedio \$1,442.48. *Cuadro No.1*

Cuadro No.1  
Promedios de las variables cuantitativas según tipo de institución de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	IMSS		SSAH	
	X	DS	X	DS
<b>Edad</b>	<b>35.0</b> $\pm$	<b>13.8</b>	<b>32.7</b> $\pm$	<b>11.52</b>
<b>Ingreso</b>	<b>1274.8</b> $\pm$	<b>1025.9</b>	<b>1215.8</b> $\pm$	<b>814.0</b>
<b>No. Consulta</b>	<b>18.2</b> $\pm$	<b>22.1</b>	<b>9.2</b> $\pm$	<b>10.1</b>
<b>Distancia (min.)</b>	<b>58.2</b> $\pm$	<b>53.4</b>	<b>60.0</b> $\pm$	<b>59.7</b>
<b>Tiempo de espera (hrs.)</b>	<b>2.7</b> $\pm$	<b>1.3</b>	<b>1.6</b> $\pm$	<b>0.8</b>
<b>Tiempo de consulta (min.)</b>	<b>16.4</b> $\pm$	<b>7.2</b>	<b>15.9</b> $\pm$	<b>9.2</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector  
Salud en Hgo., Méx. 2002

## ESTRUCTURA

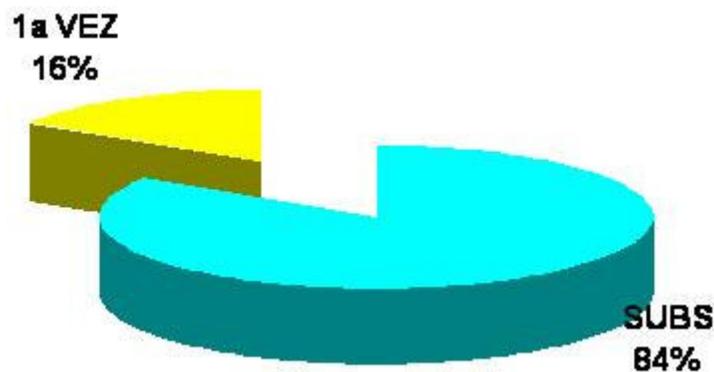
Cabe mencionar que en esta dimensión solamente se evaluaron las amenidades y accesibilidad.

### **ACCESIBILIDAD:**

#### ✓ **ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA:**

Solo el 15.88% (n=158) de la población acudió por primera vez al hospital *Gráfica No.3* de los cuales el 74.05% correspondían a SSAH y el 25.95% (n=41) al IMSS. Con respecto a la distribución proporcional de los usuarios por tipo de consulta en el IMSS el 93% de los encuestados correspondieron a los subsecuentes mientras que para la SSAH dicha proporción disminuye a un 73%. *Gráfica No.4*

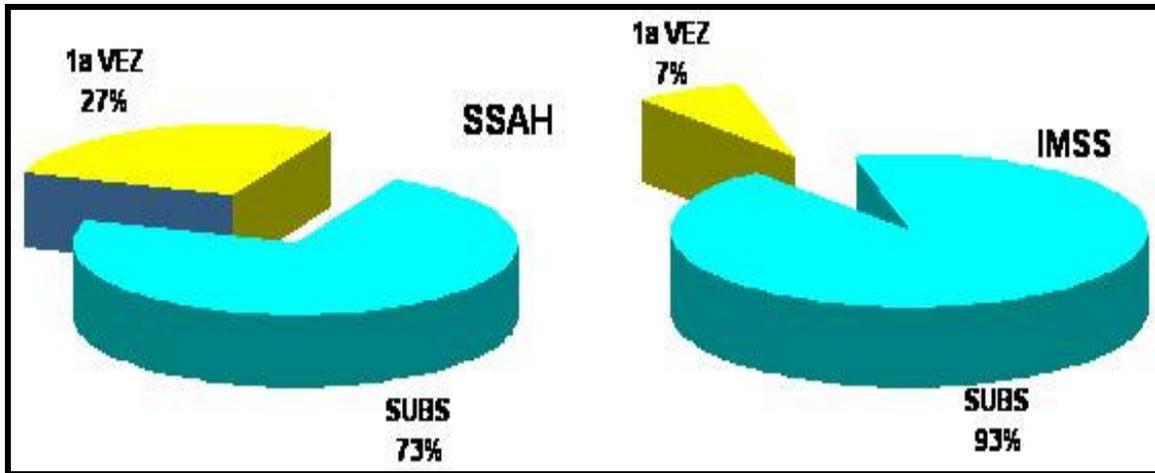
Gráfica No. 3  
Distribución proporcional de usuarios según tipo de consulta de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Gráfica No. 4

Distribución proporcional de usuarios según tipo de consulta por institución de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



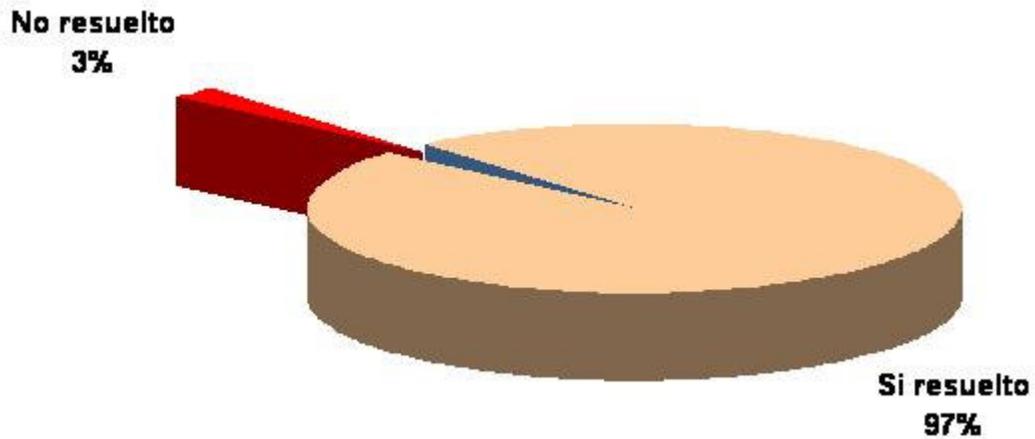
Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

En relación a la capacidad resolutoria de las Instituciones estudiadas, (*Gráfica No.5*) 9 de cada 10 usuarios manifestaron la solución de su motivo de consulta; y el 78.73% (n=659) expresó, haberle resuelto siempre su problema, algunas veces en un 13.98% (n=117), y solo el 2.39% (n=20) expresó no haberse resuelto el mismo, 41 usuarios (4.9%) refirieron encontrarse en tratamiento, por lo que omitieron opinión.

La capacidad resolutoria según tipo de institución se puede observar en la *Gráfica No.6*, en la cual se evidencia proporciones arriba del 90% de solución a los problemas demandados por los usuarios a través de la consulta externa.

Gráfica No. 5

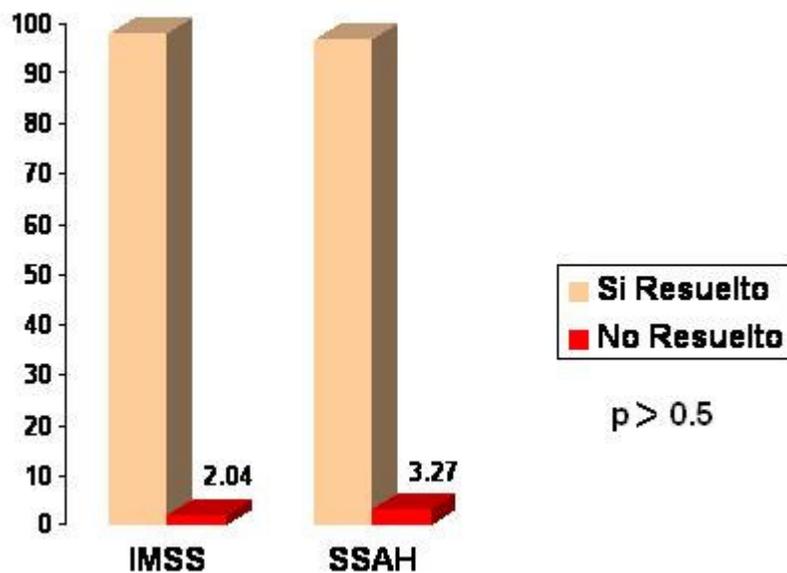
Distribución proporcional de usuarios según capacidad resolutive de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Gráfica No. 6

Distribución proporcional de usuarios por institución según capacidad resolutive de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

## ✓ **ACCESIBILIDAD ORGANIZACIONAL:**

De acuerdo a la canalización del usuario al segundo Nivel de atención el 63.22% (n=629) de la población llegó por su propia cuenta, el 15.08% (n=150) fue referida del Centro de Salud, a través de sus familiares acudió el 10.95% (n=1109), referido por alguna institución el 7.64% (n=76) y el 3.12% (n=31) llegó por médico particular.

La orientación sobre el tipo de servicio que brinda el hospital solo fue otorgada en el 30.45% (n=303) de la población, datos principalmente por el personal de Trabajo Social y personal Médico con un 25.41% (n=77) y 27.06% (n=82) respectivamente. En cuanto al trámite para obtener la consulta, el 70.85% (n=705) manifestó ser un trámite sencillo y solo 9 personas (0.90%) lo calificaron como muy complicado. Por tipo de hospital la mayor proporción de complicación del trámite para obtener la consulta se observó en el IMSS 69.88% (n=58) ( $p < 0.05$ ).

En relación a la privacidad en el consultorio, se interrogó el número de personas que se encontraban en el momento de su atención médica, observando que en el 63.22% (n=629) se encontraban 2 personas, en el 31.36% (n=312) 3; y se observó que 0.10% de los encuestados manifestó un total de 7 personas dentro del consultorio durante su consulta; así también, se evaluó el tipo de personal obteniéndose que el 87.43% (n=320) expresaron que dentro del consultorio se encontraban 2 médicos; en tanto que, el 97.27% (n=356) expresó encontrarse una persona además del paciente. Para el IMSS la proporción fue de 39.04% (n=139) y para SSAH 60.96% (n=217) ( $p < 0.05$ ).

Al cuestionar si se incomodaba el paciente de existir personas ajenas a la consulta, el 90.44% (n=331) expresó que sí, en tanto que el 9.56% (n=35) refirió que no. Con respecto a los horarios de consulta, el 37.79% (n=376) de la población conoce el horario de consulta al cual acude; en tanto que el 62.21% (n=619) no lo sabe.

Para dicha población su horario de consulta la considera adecuada con un 88.43% (n=879); al interrogar que horario le parecía adecuado, el 76.72% (n=89) opinó el horario vespertino, 13 personas (11.21%) opinaron al horario abierto como el horario más apropiado.

Con relación al tipo de servicio y/o institución a la cual acude el usuario en caso de diferimiento de consulta, se apreció que el 31.56% (n=314) regresaba otro día, de los cuales la mayor proporción correspondía a SSAH con el 42.68% (n=134); en tanto que, el 19.40% (n=193) acudía con médico privado, el 23.92% (n=238) pasaba al servicio de urgencias esto sucedía con mayor frecuencia en el IMSS con el 55.46% (n=132); en tanto que, el 13.87% (n=138) refirió no haber sucedido. *Cuadro No 2.*

Cuadro No.2  
Distribución proporcional del tipo de servicio o institución a la cual acude el usuario en caso de diferimiento de consulta de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

	<b>INSTITUCIÓN</b>		
	<b>IMSS</b>	<b>SSAH</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Urgencias</b>	<b>23.78</b> <b>(132)</b>	<b>24.09</b> <b>(106)</b>	<b>23.92</b> <b>(238)</b>
<b>Médico privado</b>	<b>14.77</b> <b>(82)</b>	<b>25.23</b> <b>(111)</b>	<b>19.40</b> <b>(193)</b>
<b>Regresa otro día</b>	<b>32.43</b> <b>(180)</b>	<b>30.45</b> <b>(134)</b>	<b>31.56</b> <b>(314)</b>
<b>Otros</b>	<b>10.45</b> <b>(58)</b>	<b>12.27</b> <b>(54)</b>	<b>11.26</b> <b>(112)</b>
<b>No ha sucedido</b>	<b>18.56</b> <b>(103)</b>	<b>7.95</b> <b>(35)</b>	<b>13.87</b> <b>(138)</b>
<b>Total</b>	<b>100</b> <b>(555)</b>	<b>100</b> <b>(440)</b>	<b>100</b> <b>(995)</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Con respecto al lugar donde se pueden enviar las quejas o sugerencias el 21.51% (n=214) si lo conoce en tanto que el 78.49% (n=781) no.

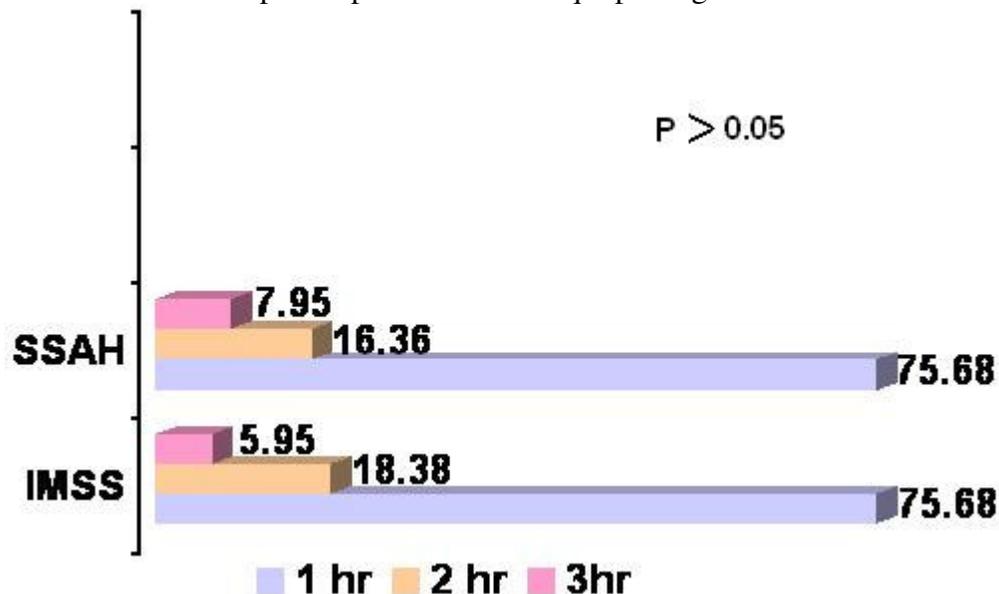
### ✓ ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA:

El promedio de tiempo entre la distancia del hospital a la casa del paciente encuestado correspondió a 59.03 minutos con una desviación estándar de  $\pm 56.26$  con un máximo de 10 hrs.

Observando que para el IMSS se obtuvo un promedio de  $1.30 \pm 0.57$ hr; en tanto que para SSAH la media fue de  $1.32 \pm 0.61$ hr. (*Grafica No.4*) dicho tiempo, fue percibido por los usuarios encuestados como cerca, en más de la mitad; no obstante, como lejos más del 40% en ambas instituciones, y la proporción de pacientes que refirieron que la unidad de salud estaba muy lejos fue del 2.91%; por tipo de Institución para el IMSS fue de 2.88% y para SSAH 2.91%.

En la *Gráfica No.5* se puede observar el tiempo manifestado por los usuarios en relación a la distancia de la unidad de salud y su vivienda, observando que en SSAH se encontró 7.95% de usuarios que refirieron una distancia de 3 hrs., comparada con el IMSS cuyo proporción fue de 5.95% ( $p > 0.05$ ).

Gráfica No.5  
Distribución proporcional de usuarios por institución según distancia del hospital a la casa del paciente de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

El medio principal de transporte para dirigirse al hospital fue el colectivo con un 56.28% (n=560), seguido de el 35.08% (n=349) quienes llegaron caminado y 21 personas se transportaron en taxi.

Al interrogar la opinión sobre la distancia entre el hospital y la casa, el 52.26% (n=520) opinó encontrarse cerca, el 2.21% (n=22) muy cerca, el 42.61% (n=424) lejos y solamente 29 personas (2.91%) manifestaron muy lejos. *Cuadro No.4*

Cuadro No.4  
Distribución proporcional del total de los usuarios por institución según distancia de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

UBICACIÓN	INSTITUCIÓN					
	IMSS		SSAH		TOTAL	
	%	No.	%	No.	%	No.
MUY CERCA	1.98	11	2.50	11	2.21	22
CERCA	53.33	296	50.91	224	52.26	520
LEJOS	41.80	232	43.64	192	42.61	424
MUY LEJOS	2.88	16	2.95	13	2.91	29
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>555</b>	<b>100</b>	<b>440</b>	<b>100</b>	<b>995</b>
	<b>P &lt; 0.05</b>		<b>P &lt; 0.05</b>			

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

## **AMENIDADES:**

### ✓ **SALA DE ESPERA:**

En cuanto a la sala de espera se observó que el 65.12% (n=648) la consideró agradable y cómoda, de los cuales el 60.80% (n=394) correspondió al IMSS, por el contrario, el 34.87% (n=347) le pareció desagradable e incómoda siendo la mayor proporción la población perteneciente a SSAH con el 53.60% (n=186).

En relación a los baños de dicho lugar el 54.87% (n=546) los evaluó en buenas condiciones (abiertos y limpios) mientras que el 45.12% (n=449) opinó encontrarse en malas condiciones (siempre cerrados ó abiertos y sucios). Para el IMSS se observó el 60.07% (n=328) quienes evaluaron en buenas condiciones los baños de la sala de espera; mientras que para pacientes de SSAH evaluaron cerrados o sucios los baños en el 13.81% (n=25) ( $p < 0.05$ ).

### ✓ **CONSULTORIO:**

Con respecto a la disposición del consultorio el 97.39% (n=969) lo consideró cómodo y solo el 2.61% (n=26) incómodo cuya causa principal fue el lugar pequeño con un 39.13 (n=9). Los 547 usuarios (98.56%) del IMSS manifestaron que lo encontraron cómodo, mientras que del total de pacientes de SSAH el 4.09% (n=18) lo consideraron incómodo ( $p < 0.05$ ).

Al evaluar la ventilación e iluminación de dicho lugar, el 71.16% (n=708) y 83.42% (n=830) respectivamente las considero buenas. Por el contrario los pacientes pertenecientes al IMSS, opinaron en el 25.23% (n=140) y 13.15% (n=73) que la ventilación e iluminación era mala respectivamente; mientras que para usuarios de SSAH consideraron la ventilación e iluminación buena en el 66.59% (n=293) y 33.41% (n=147) respectivamente ( $p < 0.05$ ).

En cuanto al mobiliario, el 91.71% (n=885) lo consideró en buenas condiciones de los cuales el 55.93% (n=495) pertenecían al IMSS; y solo el 8.29% (n=80) del total de la población no lo percibió así (p<0.05).

## **CONSULTA:**

### ✓ **TIEMPO ENTRE CITA Y OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA:**

Respecto al tiempo transcurrido entre el día que se solicita la consulta y el día que se otorga, el 18.99% (n=189) esperó más de tres semanas, el 56.18% (n=559) se le otorgó la consulta el mismo día, el 7.44% (n=74) y el 8.64% (n=86) esperaron de dos y una semana respectivamente.

### ✓ **TIEMPO DE ESPERA PARA LA CONSULTA:**

En cuanto al tiempo de espera previo a la consulta, el 78.09% (n=777) esperó por horas de los cuales, el 52.46% (n=522) de los pacientes perteneció al IMSS de los 440 usuarios que correspondían a SSAH el 18.59% esperaron por algunos minutos; se observó una media de  $2.39 \pm 1.34$  horas.

Al realizar la evaluación de la opinión del tiempo de espera, el 36.78% (n=366) lo consideró largo, el 36.98% (n=368) regular, el 14.27% (n=142) muy largo en tanto que el 11.96% (n=119) consideró corto el tiempo de espera. Con respecto a la distribución proporcional de los usuarios por tipo de institución en el IMSS el 39.64% (n=220) de los encuestados refirieron corto el tiempo de espera; mientras que para usuarios de SSAH dicha proporción aumenta en el 73% (n=267) (p<0.05).

### ✓ **TIEMPO DE LA SIGUIENTE CONSULTA:**

En la mayor proporción de los encuestados la consulta subsecuente fue otorgada en menos de un mes, con un 51.02% (n=424) de los cuales 228 usuarios (53.77%) pertenecían a SSAH, mientras que 244 derechohabientes al IMSS fueron citados al

mes ( $p < 0.05$ ); en tanto que, el 0.84% ( $n=7$ ) de la población fueron citados después de tres meses.

✓ **TIEMPO TRANSCURRIDO PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS PARACLÍNICOS (LABORATORIO, RAYOS “X” Y ULTRASONIDO):**

El tiempo promedio transcurrido para la entrega de resultados de laboratorio fue en menos de una semana con un 65.48% ( $n=387$ ) seguido de el mismo día con un 25.38% ( $n=150$ ); observando que, el 65.49% ( $n=260$ ) de los pacientes del IMSS que acudieron a laboratorio, obtuvieron sus resultados en menos de una semana ( $p < 0.05$ ).

Para los estudios de rayos “x” y/o ultrasonido la entrega de resultado fue menos de una semana con un 85.97% ( $n=288$ ), 12 pacientes (3.58%) manifestaron más de tres semanas; encontrando que, de los usuarios del SSAH que requirieron de estudios de gabinete el 94.83% ( $n=110$ ) recibieron resultados en menos de una semana ( $p < 0.05$ ).

## **PROCESO**

✓ **TIEMPO DE CONSULTA:**

En relación al tiempo que duró la consulta, se apreció que el 35.37% ( $n=352$ ) se realizó en menos de 15 minutos, el 63.51% ( $n=632$ ) de 15 a 30 min., y el 1.10% ( $n=11$ ) más de 30 min. Al interrogar si era suficiente el tiempo otorgado para revisarlo, el 81.41% ( $n=810$ ) consideró que sí, pero el 18.10% ( $n=179$ ) opinó que no. Para el IMSS se observó en la consulta de primera vez un tiempo  $14.51 \pm 6$  min., y para la consulta subsecuente  $16.61 \pm 7.30$  min.; mientras que la consulta de primera vez en SSAH tuvo un tiempo de  $15.92 \pm 11.47$  min., y la duración de la consulta subsecuente fue de  $15.93 \pm 8.38$  min.

✓ **DIMENSIÓN TÉCNICA:**

Dentro de las acciones del proceso del otorgamiento de la consulta se evaluaron acciones del proceso de revisión y diagnóstico refiriendo que el 95.68% sí efectuó la exploración física correspondiente; de los cuales, el 44.50% (n=424) eran pacientes de SSAH. El médico efectuó interrogatorio sobre la enfermedad del paciente en un 98.99% (n=952) de los cuales el 55.74% (n=549) eran usuarios del IMSS.

Cuadro No.5

Acciones de revisión de diagnóstico evaluadas durante el proceso del otorgamiento de consulta, así como información emitida al usuario por tipo de institución de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN				P <sup>1</sup>
	IMSS		SSAH		
	No.	%	No.	%	
<b>Acciones de revisión y diagnóstico</b>					
<b>Interrogatorio</b>					
Si	549	98.92	436	99.09	P > 0.05
No	6	1.08	4	0.91	
<b>Exploración</b>					
Si	528	95.14	424	96.36	P > 0.05
No	27	4.86	16	3.64	
<b>Acciones de información y comunicación</b>					
<b>Padecimiento actual</b>					
Si	485	87.39	378	85.91	P > 0.05
No	70	12.61	62	14.09	
<b>Tratamiento</b>					
Si	33	5.95	45	10.23	P < 0.05
No					
<b>Cuidados extrahospitalarios</b>					
Si	475	85.59	346	78.64	P < 0.05
No	80	14.41	94	21.36	
<b>Signos de alarma</b>					
Si	421	75.86	319	72.50	P > 0.05
No	134	24.14	121	27.50	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

En el *Cuadro No.5* se puede observar que la información emitida por el médico al paciente en relación a su enfermedad fue otorgada en un 86.73% (n=863) para el tratamiento en un 92.16% (n=917), en tanto que las instrucciones de que hacer y a donde acudir en caso de gravedad, fue entendido en un 72.86% (n=725), no entendido 1.51% (n=15); observando que la mayor proporción se encontró en usuarios del IMSS con el 85.16% (p>0.05).

La respuesta del 13.27% (n=132), 4.62% (n=46), 13.37% (n=133), 25.63% (n=255) de los pacientes expresaban que no se les explicó nada sobre su padecimiento, receta, indicaciones ni instrucciones en caso de agravio respectivamente, de los cuales el 14.09% eran pacientes de SSAH. Solo en el 18.85% (n=187) de los pacientes hubo otra plática además de la atención de su padecimiento, en tanto que en el 81.15% (n=805) no.

El médico indicó a 655 pacientes (65.83%) exámenes de laboratorio, rayos “x” en el 32.46% (n=323) y para ultrasonido solo se lo indicó en 198 pacientes (19.90%). En el 83.94% (n=831) se le indicó una próxima cita dada por el médico o la enfermera, 159 usuarios (16.06%) no recibieron próxima cita.

En cuanto al servicio de laboratorio, al 87.63% (n=574) de los pacientes se les indicó como debían presentarse o presentar sus muestras, en tanto que el 2.60% (n=17) no.

## ✓ **DIMENSIÓN INTERPERSONAL**

El trato con amabilidad por parte del médico que otorgó la consulta, el personal del módulo de información, de la enfermera, trabajadora social, de la asistente, del personal de laboratorio, de rayos “x” y de ultrasonido fueron calificados a través de una escala que va de muy amable a grosero, al evaluar al médico tratante el 93.27% (n=928) de los pacientes brindaron una calificación de amable, la calificación de grosero fue manifestada por 6.73% (n=67). *Cuadro No.6*

En relación al trato del personal del módulo de información, 669 pacientes (87.68%) lo calificaron como amable, en tanto que el 12.32% (n=94) lo calificó como grosero. En cuanto a la trabajadora social, 95.07% (n=617) la calificó como amable, el 4.93% (n=32) la calificaron como grosera. Para la asistente, el 95.07% (n=617) la calificó como amable, en tanto que 32 pacientes (4.93%) la calificaron como grosera. En el personal de laboratorio, el 85.28% (n=504) los calificó amables, en tanto que 87 personas (14.72%) los calificó groseros; para rayos “x” el 80.80% (n=261) los calificó amables, solo el 8.66% (n=28) los calificó como groseros y en ultrasonido 100 personas (91.74%) los calificó como amables, 9 personas (8.26%) los calificó groseros. *Cuadro No.6*

Cuadro No. 6  
Dimensión interpersonal por tipo de personal según institución de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN				P <sup>1</sup>
	IMSS		SSAH		
	No.	%	No.	%	
<b>Médico</b>					
amable	515	92.79	413	93.86	P > 0.05
no amable	40	7.21	27	6.14	
<b>Pers. Módulo</b>					
amable	311	85.91	358	89.28	P > 0.05
no amable	51	14.09	43	10.72	
<b>Enfermera</b>					
amable	482	88.12	392	94.00	P < 0.05
no amable	65	11.88	25	6.00	
<b>Trab. Soc.</b>					
amable	352	96.44	265	93.31	P > 0.05
no amable	13	3.56	19	6.69	
<b>Pers. Fichas</b>					
amable	352	96.44	265	93.31	P > 0.05
no amable	13	3.56	19	6.69	
<b>Pers. Labor.</b>					
amable	326	82.12	178	91.75	P < 0.05
no amable	71	17.88	16	8.25	
<b>Pers. Rayos X</b>					
amable	153	86.93	108	95.57	P < 0.05
no amable	23	13.07	5	4.43	
<b>Pers. USG</b>					
amable	88	91.67	12	92.31	P > 0.05
no amable	8	8.33	1	7.69	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>

## **DIMENSIÓN RESULTADO**

### **PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD**

Considerando la atención dada por el personal del hospital, el 80.30% (n=799) la calificó con buena y el 19.70% (n=196) con mala calidad. Se interrogó a las personas que calificaron como mala la atención prestada, obteniendo que el 33.16% (n=65) expresó como causa principal a la deficiente explicación de la enfermedad, seguido de los tiempos de espera largos con un 23.98% (n=47), 8 personas (4.08%) manifestaron ser por la cita, el 7.65% (n=15) consideró la deficiente capacitación y a la experiencia del personal, 23 personas (11.73%) por nulas acciones de información y recomendaciones de los cuidados extrahospitalarios, el 9.18% (n=18) manifestó ser por otra causa, de ellos, la causa principal fue el personal grosero con un 42.10%.

Para el IMSS la mayor proporción de mala calidad fue de 21.26% (n=118) y para SSAH 21.36% (n=94); entre las tres principales causas encontramos: explicación deficiente de la enfermedad, largos tiempos de espera y falta de información y recomendaciones del tratamiento extrahospitalario.

### **SATISFACCIÓN DEL USUARIO**

El 93.47% (n=930) manifestó sentirse satisfecho con el trato recibido pero al interrogar si hubiese deseado que lo atendieran mejor el 47.11% (n=465) respondió que sí, deseando que fueran más amables en un 12.12% (n=56), que disminuyeran los tiempos de espera con un 21.21% (98), así como mayor y mejor información, orientación o comunicación con un 6.92% (n=32).

Con respecto a la tasa de retención de usuarios, se cuestionó acerca de la posibilidad de regresar a solicitar atención al mismo hospital, observando que el

86.43% (n=860) refirió regresar él o un familiar a solicitar el servicio, el 12.46% (n=124) regresaba porque no tenía otra alternativa y solo el 1.11% (n=11) no regresaba. Para los usuarios del IMSS se observó el 86.85% (n=482) de regresar a solicitar la atención; mientras que el 11.59% (n=51) de la población de SSAH regresaría porque no le queda de otra. *Cuadro No.7*

Cuadro No. 7  
Dimensión de resultado  
Distribución proporcional de variables por tipo de institución de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

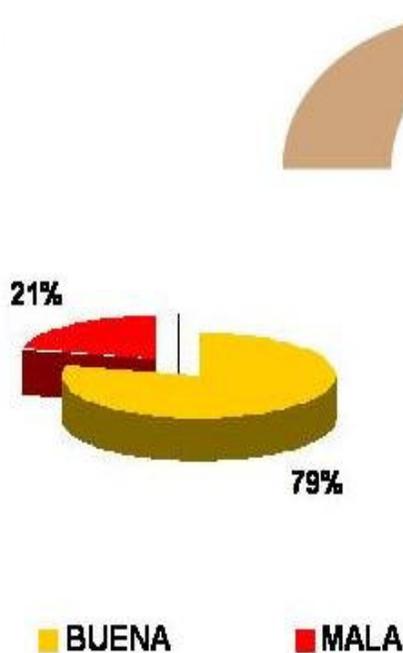
VARIABLE	INSTITUCIÓN			
	IMSS		SSAH	
	No.	%	No.	%
<b>Percepción de Tiempo en consulta</b>				
<b>Suficiente</b>	<b>455</b>	<b>81.98</b>	<b>355</b>	<b>81.80</b>
<b>Insuficiente</b>	<b>100</b>	<b>18.20</b>	<b>79</b>	<b>18.20</b>
<b>Satisfacción</b>				
<b>Si</b>	<b>523</b>	<b>94.23</b>	<b>407</b>	<b>92.50</b>
<b>No</b>	<b>23</b>	<b>5.77</b>	<b>33</b>	<b>7.50</b>
<b>Perspectiva de Atención</b>				
<b>Si</b>	<b>261</b>	<b>47.03</b>	<b>204</b>	<b>47.22</b>
<b>No</b>	<b>294</b>	<b>52.97</b>	<b>228</b>	<b>52.78</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

# ANÁLISIS BIVARIADO

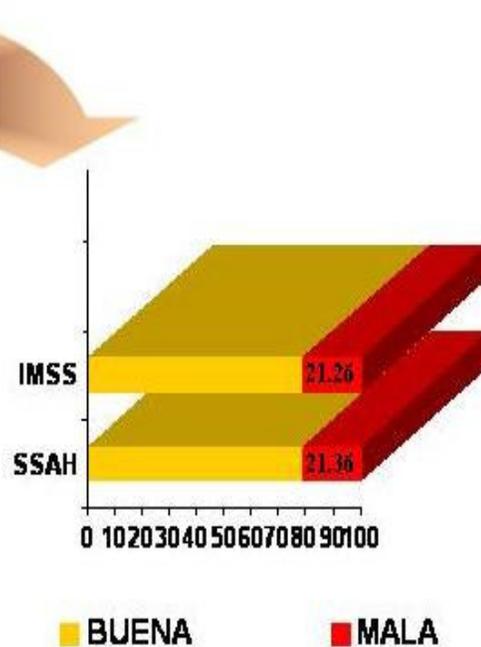
Los resultados mostraron, de acuerdo con la percepción general de los usuarios, que la calidad de la atención recibida, fue considerada como buena en 78.69% (n=783) de los encuestados y mala en un 21.31% (n=212). *Gráfica No. 6.* Se puede observar en la *Gráfica No. 7* la distribución proporcional que se obtuvo en la percepción de calidad en la atención por tipo de Hospital.

Gráfica No. 6  
Distribución proporcional de la percepción de calidad de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Gráfica No. 7  
Distribución proporcional de la percepción de calidad según tipo de institución de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002



$P^1 > 0.05$

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

En el presente estudio se muestran los resultados en orden según el modelo de Donabedian (Estructura – Proceso – Resultado) obteniendo las siguientes características estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ).

## **CARACTERÍSTICAS GENERALES:**

De acuerdo con los servicios encuestados, se obtuvo que el servicio con mayor opinión sobre la buena calidad en la atención prestada fue Pediatría con un 87.21% seguido de Cirugía General con 84.06%. El servicio de Medicina Interna fue el tercer servicio evaluado con buena calidad con un 82.52%.

Los servicios en mayor proporción de mala calidad en la atención prestada fueron Urgencias con un 26.67%, Odontología con 25% y Medicina Familiar con un 24.09%; para el IMSS el servicio con mayor porcentaje de buena calidad fue Medicina Familiar con el 88.37% ( $n=38$ ) y mala calidad se observó en el servicio de Ginecología y Odontología ambas con el 25% ( $p > 0.05$ ); mientras que para SSAH, el servicio de Cirugía fue evaluado por 22 pacientes (88%) en mayor proporción con buena calidad y Medicina Familiar se calificó con mala calidad en el 30.77% ( $n=24$ ) ( $p > 0.05$ ) *Cuadro No 8*.

El servicio con el mayor número de usuarios encuestados fue Medicina Familiar de los cuales el 75.91% ( $n=230$ ) refirió buena calidad, en tanto que el 24.09% ( $n=73$ ) evaluó lo contrario, el servicio de Ginecoobstetricia fue el segundo mayormente encuestado obteniendo que el 77.07% ( $n=205$ ) opinó buena atención y el 22.93% ( $n=61$ ) mala. El tercer servicio encuestado con mayor frecuencia fue Medicina Interna evaluado con buena calidad en un 82.52 ( $n=118$ ) y como mala en un 17.48% ( $n=25$ ).

Cuadro No.8  
Percepción de la calidad de la atención, según el tipo de servicio de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

SERVICIO	IMSS				SSAH			
	BUENA %	No.	MALA %	No.	BUENA %	No.	MALA %	No.
<b>Cirugía General</b>	<b>81.82</b>	<b>36</b>	<b>18.18</b>	<b>8</b>	<b>88.00</b>	<b>22</b>	<b>12.00</b>	<b>3</b>
<b>G / O</b>	<b>75.00</b>	<b>93</b>	<b>25.00</b>	<b>31</b>	<b>78.87</b>	<b>112</b>	<b>21.13</b>	<b>30</b>
<b>Medicina Familiar</b>	<b>78.22</b>	<b>176</b>	<b>21.78</b>	<b>49</b>	<b>69.23</b>	<b>54</b>	<b>30.77</b>	<b>24</b>
<b>Medicina Interna</b>	<b>80.00</b>	<b>76</b>	<b>20.00</b>	<b>19</b>	<b>87.50</b>	<b>42</b>	<b>12.50</b>	<b>6</b>
<b>Odontología</b>	<b>75.00</b>	<b>18</b>	<b>25.00</b>	<b>6</b>	<b>00.00</b>		<b>00.00</b>	
<b>Pediatría</b>	<b>88.37</b>	<b>38</b>	<b>11.63</b>	<b>5</b>	<b>86.05</b>	<b>37</b>	<b>13.95</b>	<b>6</b>
<b>T / O</b>	<b>00.00</b>		<b>00.00</b>		<b>77.97</b>	<b>46</b>	<b>22.03</b>	<b>13</b>
<b>Urgencias</b>	<b>00.00</b>		<b>00.00</b>		<b>73.33</b>	<b>33</b>	<b>26.67</b>	<b>12</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector  
Salud en Hgo., Méx. 2002

De acuerdo con la edad, el grupo frecuentemente encuestado fue el de 30 a 34 años, evaluando como buena calidad de la atención el 76.47% (n=130) y como mala el 23.52% (n=40), el grupo de 35 a 39 años, percibió buena calidad en la atención en el 71.42% (n=85) y como mala el 28.57% (n=34).

En cuanto al sexo de los encuestados, el sexo masculino opinó en un 72.72% (n=88) buena calidad y el femenino en un 79.51% (n=695)

Los usuarios analfabetas evaluaron buena calidad en el 78.84% (n=723), según el grado de escolaridad, se observó que aquellos usuarios que terminaron la primaria expresaron buena calidad en el 78.09% (n=253), y aquellos que refirieron no haber concluido la primaria percibieron en el 78.47% (n=164) buena calidad.

En los usuarios cuyo nivel de escolaridad correspondió a secundaria referían buena calidad en el 79.07% (n=204), aquellos con carrera técnica expresaron en el 76.67% (n=23) buena calidad, preparatoria en el 82.86% (n=58) y por último, aquellos usuarios que expresaron tener un grado escolar hasta el nivel profesional, refirieron en un 75.00% (n=15) buena calidad; para el IMSS los usuarios con mayor proporción de mala calidad fueron quienes presentaron carrera técnica con el 35.29%. *Cuadro No. 9*

Cuadro No. 9  
Percepción de la calidad de la atención, según sexo y escolaridad de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	IMSS			SSA		
	BUENA	MALA	P <sup>1</sup>	BUENA	MALA	P <sup>1</sup>
<i>Sexo</i>						
Masc.	70.97 (44)	29.03 (18)	0.11	74.58 (44)	25.42 (15)	0.41
Fem.	79.72 (393)	20.28 (100)		79.27 (302)	20.73 (79)	
<i>Escolaridad</i>						
Prim completa	80.45 (144)	19.55 (35)	0.64	75.17 (109)	24.83 (36)	0.61
Prim incompleta	77.37 (106)	22.63 (31)		80.56 (58)	19.44 (14)	
Secundaria	77.61 (104)	22.39 (30)		80.65 (100)	19.35 (24)	
Técnica	64.71 (11)	35.29 (6)		92.31 (12)	7.69 (1)	
Preparatoria	81.82 (27)	18.18 (6)		83.78 (31)	16.22 (6)	
Profesional	66.67 (6)	33.33 (3)		81.82 (9)	18.18 (2)	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

2. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
3. Nivel de significancia < 0.05

El municipio mayormente encuestado fue Ixmiquilpan quién opinó buena calidad en un 77.90% (n=423) y mala en un 22.09% (n=120).

## ESTRUCTURA

### AMENIDADES:

#### ✓ SALA DE ESPERA:

En cuanto a los encuestados que consideraron agradable y cómoda la sala de espera, 68.07% (n=533) evaluó buena calidad en la atención, en tanto que el 54.25% (n=115) evaluó lo contrario. *Cuadro No. 10*

Cuadro No. 10  
Percepción de la calidad de la atención según la sala de espera de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN					
	IMSS			SSAH		
	BUENA	MALA	P <sup>1</sup>	BUENA	MALA	P <sup>1</sup>
Agradable	85.63 (143)	14.37 (24)		85.19 (92)	14.81 (16)	
Desagradable	55.56 (10)	44.44 (8)	0.001	76.47 (13)	23.53 (4)	0.16
Cómodo	80.18 (182)	19.82 (45)		79.45 (116)	20.55 (30)	
Incomodo	71.33 (102)	28.67 (41)		73.96 (125)	26.04 (44)	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

Para aquellos que consideraron desagradable e incómoda la sala de espera no se observaron grandes diferencias obteniendo que el 31.92% (n=250) evaluó buena calidad en la atención y el 45.75% (n=97) mala calidad; encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p<0.05). Para los usuarios de SSAH quienes evaluaron agradable y cómoda la sala de espera, mostraron 60.11% (n=208) de buena calidad en la atención; mientras que para pacientes del IMSS el

25.62% (n=112) consideró desagradable e incómoda la sala de espera con buena calidad de la atención.

✓ **BAÑOS:**

En relación a los baños situados en la sala de espera, aquellos que consideraron encontrarlos en buenas condiciones, el 82.05% (n=448) opinó buena calidad y el 17.95% (n=98) lo contrario. En tanto que, aquellos que consideraron encontrar los baños en malas condiciones (cerrados o sucios) opinó buena calidad en un 69.61% (n=126) y mala en un 30.39% (n=55); encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $p < 0.05$ ). Para el IMSS se observó buena calidad en el 82.93% (n=272) quienes evaluaron en buenas condiciones los baños de la sala de espera; mientras que para pacientes de SSAH quienes evaluaron cerrados o sucios los baños, mostraron 68.00% de buena calidad en la atención. *Cuadro No. 11*

Cuadro No. 11  
Percepción de la calidad de la atención según los baños de la sala de espera de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN									
	IMSS					SSAH				
	BUENA		MALA		P <sup>1</sup>	BUENA		MALA		P <sup>1</sup>
%	No.	%	No.	%		No.	%	No.		
No	78.87	56	21.13	15		77.66	153	22.34	44	
Si y están limpios	82.93	272	17.07	56	0.008	80.73	176	19.27	42	0.110
Si pero están sucios	71.43	90	28.57	36		77.78	14	22.22	4	
Si pero en malas cond	63.33	19	36.67	11		42.86	3	57.14	4	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

✓ **CONSULTORIO:**

De los encuestados que opinaron encontrar el consultorio cómodo con buena calidad de la atención, se encontró el 79.15% (n=767); de los cuales, usuarios de SSAH percibieron el 79.15% (n=334) de buena calidad, en tanto que derechohabientes del IMSS, refirieron buena calidad en 79.16% (n=433); evaluando mala calidad en la atención en el total de la población encuestada a pesar de la comodidad del consultorio se observó el 20.85% (n=202). Pese a la incomodidad del consultorio el 61.54% (n=16) percibió buena calidad.

Cuadro No. 11  
Amenidades  
Percepción de la calidad de la atención según comodidad del consultorio de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN										
	IMSS					P <sup>1</sup>	SSAH				P <sup>1</sup>
	BUENA %	No.	MALA %	No.	BUENA %		No.	MALA %	No.		
<b>Cómodo</b>	<b>79.16</b>	<b>433</b>	<b>20.84</b>	<b>114</b>		<b>79.15</b>	<b>334</b>	<b>66.67</b>	<b>12</b>		
<b>Incómodo</b>	<b>50.00</b>	<b>4</b>	<b>50.00</b>	<b>4</b>	<b>0.045</b>	<b>20.85</b>	<b>88</b>	<b>33.33</b>	<b>6</b>	<b>0.206</b>	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi2*
2. Nivel de significancia < 0.05

En relación a la ventilación e iluminación del consultorio, para los que la consideraron adecuada, opinaron buena calidad en un 85.03% (n=602) y en un 81.69% (n=678) respectivamente; al contrario, aquellos que opinaron mala la ventilación e iluminación evaluaron mala calidad en un 36.93% (n=106) y en un 36.36% (n=60) respectivamente; para el IMSS se observó buena calidad en el 84.82% (n=352) quienes refirieron buena la ventilación; mientras que para pacientes

de SSAH quienes evaluaron mala iluminación, mostraron 60.87% (n=56) de buena calidad en la atención. Para el mobiliario del consultorio, el 80.34% (n=711) de los que opinaron estar en buenas condiciones consideraron buena calidad en la atención, de los cuales el 81.01% eran usuarios del IMSS; mientras que el 41.25% (n=33) de los que opinaron encontrar en malas condiciones el mobiliario, refirió mala calidad en la atención. *Cuadro No. 12*

Cuadro No. 12  
Percepción de la calidad de la atención según presentación del consultorio de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

CONCEPTO	INSTITUCIÓN										
	IMSS					P <sup>1</sup>	SSAH				P <sup>1</sup>
	BUENA		MALA		BUENA		MALA				
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
<b>Ventilación</b>											
buena	352	84.82	63	15.18	< 0.05 <sup>2</sup>	250	85.32	43	14.68	< 0.05 <sup>2</sup>	
mala	85	60.71	55	39.29		96	65.31	51	34.69		
<b>Iluminación</b>											
buena	388	80.50	94	19.50	< 0.05 <sup>2</sup>	290	83.33	58	16.67	< 0.05 <sup>2</sup>	
mala	49	67.12	24	32.88		56	60.87	36	39.13		
<b>Mobiliario</b>											
bueno	401	81.01	94	18.99	< 0.05 <sup>2</sup>	310	79.49	80	20.51	< 0.05 <sup>2</sup>	
malo	24	55.81	19	44.19		23	62.16	14	37.84		

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

## ACCESIBILIDAD:

### ✓ ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA:

En cuanto a la capacidad resolutoria, el 80.88% (n=533) de los encuestados opinó resolverse siempre su problema además de evaluar como buena calidad la atención prestada y el 19.12% (n=126) de los mismos, opinó mala calidad en la atención.

Aquellos que consideraron resolverse su problema en algunas ocasiones, el 65.81% (n=77) considero una buena calidad y el 34.19% (n=40) refirió lo contrario; los encuestados que opinaron no haber solucionado su problema, el 80% (n=16) refirió buena calidad en la atención, en tanto que el 20% refirió mala calidad; cabe destacar que el 4.90% (n=41) de los encuestados se encontraba en tratamiento, de estos, evaluaron buena calidad un 82.93% y mala en un 17.07%. Para el 78.04% (n=231) de los usuarios de SSAH, quienes evaluaron buena calidad refirieron solución a su problema; mientras que para pacientes del IMSS el 21.04% (n=101) consideró mala calidad de la atención a pesar de haberle solucionado su problema.

*Cuadro No. 13*

Cuadro No. 13  
Percepción de la calidad de la atención según la capacidad resolutoria de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN									
	BUENA		MALA		P <sup>1</sup>	BUENA		MALA		P <sup>1</sup>
	%	No.	%	No.		%	No.	%	No.	
<b>SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>										
Siempre	81.50	326	18.50	74			79.92	207	20.08	26
Algunas veces	66.25	74	33.75	27	0.021	64.86	24	35.14	13	0.113
No	70.00	7	30.00	3		90.00	9	10.00	1	
En Tratamiento	79.17	19	20.83	24		88.24	15	11.76	2	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

Al interrogar si habían recibido orientación sobre el servicio brindado por el hospital, aquellos que opinaron haber recibido orientación, el 81.52% (n=247) percibió buena calidad, de los cuales 83.33% (n=150) eran pacientes del IMSS ( $p>0.05$ ); evaluando mala calidad de la atención a pesar de haber recibido orientación del servicio que presta el hospital del total de la población se encontró el 18.48 % (n=56).

En cuanto a los usuarios que refirieron no recibir orientación, el 77.46% (n=536) percibió buena calidad y el 22.54% (n=156) consideró lo contrario, observando que 68 usuarios (21.45%) correspondían a SSAH.

Los usuarios que refirieron haber recibido orientación por el médico, enfermera, trabajadora social y familiares percibieron buena calidad en la atención en un 75.61% (n=62) , 78.33% (n=47), 85.71% (n=66) y 85.71% (n=48) respectivamente ( $p>0.05$ ).

En cuanto a la privacidad del paciente, se obtuvo que al interrogar el número de personas que se encontraban dentro del consultorio en el momento de la consulta, los usuarios que refirieron haberse encontrado 2 personas en el momento de la consulta, evaluaron en mayor proporción buena calidad con un 80.29% ( $p<0.05$ ); para el IMSS se observó que 6 pacientes, evaluaron buena calidad con 4 personas ajenas a la consulta ( $p<0.05$ ); mientras que con el mismo número de personas dentro del consultorio, el 39.29% de usuarios de SSAH evaluaron mala calidad ( $p<0.05$ ).

Al cuestionar adonde acudían cuando el hospital suspendía la consulta, de aquellos que acudían a urgencias el 83.19% (n=198) refirió buena calidad, de los cuales 84.09% (n=111) eran derechohabientes al IMSS ( $p>0.05$ ); los que acudían con médico particular refirieron buena calidad en un 69.95% (n=135), aquellos que preferían regresar otro día el 81.21% (n=255) opinó buena calidad, encontrando que

el 82.09% (n=110) eran usuarios de SSAH (p>0.05); y el 78.99% (n=109) evaluó buena calidad refiriendo no haber sufrido suspensión de la consulta. *Cuadro No. 14*

Cuadro No. 14  
Percepción de la calidad de la atención según diferimiento de consulta de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN									
	IMSS				P <sup>1</sup>	SSAH				
	BUENA %	No.	MALA %	No.		BUENA %	No.	MALA %	No.	
Urgencias	84.09	111	15.91	21	0.08	82.08	87	17.92	19	0.13
Médico Privado	68.29	56	31.71	26		71.17	79	28.83	32	
Regresa otro día	80.56	145	19.44	35		82.09	110	17.91	24	
Otros	79.31	46	20.69	12		74.07	40	25.93	14	
No ha sucedido	76.70	79	23.30	24		85.71	30	14.29	5	

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi2*
2. Nivel de significancia < 0.05

En cuanto a laboratorio según la información proporcionada al usuario respecto a las indicaciones de cómo se deben presentar, el 80.14% (n=460) refirió buena calidad además de que se le indicó como llevar sus muestras; en tanto que, los usuarios que no recibieron dicha indicación percibieron en un 58.82% (n=10) buena calidad (p<0.05); para 37 usuarios de SSAH, se les dió indicaciones de cómo presentar sus muestras y evaluaron mala calidad (p>0.05); mientras que 19.95% (n=77) de los pacientes del IMSS consideraron mala calidad de la atención a pesar

de haberle proporcionado información de cómo presentarse ( $p < 0.05$ ). Con respecto al tiempo de espera en los resultados de laboratorio, se identificó que a mayor tiempo de espera mayor percepción de mala calidad.

Por otro lado, el 85.95% ( $n=184$ ) conoce el lugar donde se ponen las quejas y sugerencias además de que expresó buena calidad en la atención, de los cuales el 85.89% ( $n=140$ ) eran pacientes del IMSS ( $p < 0.05$ ); en tanto que el 76.70% ( $n=599$ ) percibió buena calidad aunque no supo el lugar donde poner las quejas y sugerencias, encontrando que el 77.63% ( $n=302$ ) eran usuarios de SSAH ( $p > 0.05$ ).

#### ✓ **TIEMPO DE ESPERA:**

En relación al tiempo de espera se encontraron grandes diferencias con respecto a la percepción de la buena y mala calidad, obteniendo que aquellos usuarios que esperaban por horas consideraban buena calidad en un 78.25% ( $n=608$ ), encontrando que el 32.40% ( $n=197$ ) correspondía a usuarios de SSAH ( $p > 0.05$ ); no así para los que esperaban por minutos, quienes manifestaron en el 80.18% ( $n=174$ ) buena calidad, de los cuales 25 eran pacientes del IMSS ( $p > 0.05$ ).

Observando que los usuarios que habían referido buena calidad esperaban en promedio 1 hora 22 min.,  $\pm 0.41$  hrs., y por el contrario, aquellos que evaluaban mala calidad permanecían en espera aproximadamente 1 hora. con 20 min.,  $\pm 0.40$  hrs. *Cuadro No.15*

Al evaluar la percepción del tiempo de espera, se observó que aquellos que consideraban muy largo el tiempo de espera, el 29.58% ( $n=42$ ) evaluó mala calidad; en cambio, aquellos que referían un tiempo largo de espera, el 21.86% ( $n=80$ ) opinó mala calidad; el mayor porcentaje de buena calidad se observó en aquellos usuarios que refirieron un tiempo corto de espera con un 83.19% ( $n=99$ ) ( $p < 0.05$ ), de los cuales 71 eran pacientes de SSAH.

Cuadro No. 15  
Percepción de la calidad de la atención según tiempo de espera y consulta de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN									
	IMSS				P <sup>1</sup>	SSAH				
	BUENA		MALA			BUENA		MALA		P <sup>1</sup>
X	DS	X	DS	X	DS	X	DS			
Tiempo de Espera	1.061	± 0.250	1.059	± 0.237	< 0.05 <sup>2</sup>	1.430	± 0.495	1.382	± 0.488	< 0.05 <sup>2</sup>
Tiempo de Consulta	16.56	± 7.103	16.08	± 7.710	< 0.05 <sup>2</sup>	16.07	± 9.142	15.38	± 9.850	< 0.05 <sup>2</sup>

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *T student*
2. Nivel de significancia < 0.05

#### ✓ **PERCEPCIÓN DEL HORARIO DE CONSULTA:**

La proporción de usuarios que refirieron buena calidad fue significativamente superior de los que estuvieron de acuerdo con el horario de consulta con un 79.52% (n=699).

#### ✓ **PRÓXIMA CITA:**

Los pacientes que recibieron próxima cita evaluaron en el 80.14% (n=666) buena calidad; en tanto que, los usuarios que no recibieron próxima cita expresaron en un 70.44% (n=112) buena calidad (p<0.05).

Así también, se observó que a mayor tiempo en recibir una próxima cita, mayor percepción de mala calidad.

#### ✓ **TRÁMITE PARA LA CONSULTA:**

En cuanto a la percepción del trámite de la consulta, se observó que a medida que el trámite se percibe sencillo la proporción de buena calidad aumenta; observando buena calidad de la atención en el 80.15% (n=731) de los encuestados

quienes refirieron sencillo el trámite para obtener su consulta, de los cuales el 80.40% (n=400) eran usuarios al IMSS ( $p < 0.05$ ).

#### ✓ **ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA:**

Referente al tiempo entre la distancia del hospital a la casa, el 80.95% (n=102) realizó menos de quince minutos y además percibió una buena calidad de atención, encontrando que el 50.98% eran pacientes del IMSS. Aquellos usuarios que realizaron un tiempo de 15 a 30 minutos, evaluaron en un 79.76% (n=276) buena calidad; por otro lado, aquellos con un tiempo de distancia entre más de 30 y 60 minutos, el 75.80% (n=213) consideró buena calidad, de los cuales 98 eran usuarios de SSAH; en tanto que, los usuarios que realizaron más de 60 minutos tiempo – distancia, el 79.33% (n=192) evaluó buena calidad en la atención.

## **PROCESO**

#### ✓ **DIMENSIÓN TÉCNICA:**

Aquellos usuarios que fueron interrogados por el médico el 79.19% (n=780) evaluó buena calidad; en tanto que, de los usuarios no interrogados, 7 consideraron mala calidad; para el 79.23% (n=435) de los usuarios del IMSS, que fueron interrogados evaluaron buena calidad; mientras que para pacientes del SSAH el 20.87% (n=91) consideró mala calidad de la atención a pesar de haberle realizado interrogatorio acerca de su padecimiento.

A los pacientes que no se les explicaba su padecimiento o no se les exploraba, evaluaban en mayor proporción mala calidad. En las acciones correspondientes al tratamiento, a los usuarios que se les explicó el mismo, el 19.63% (n=180) percibió mala calidad; en tanto que, usuarios que no recibieron explicación evaluaron en un 41.03% (n=32) mala calidad.

Por otro lado, se identificó que usuarios que no habían recibido recomendaciones en casa o indicaciones en caso de complicación, percibían en mayor proporción mala calidad. *Cuadro No.16*

Cuadro No. 16  
Percepción de calidad en base a las acciones de revisión y diagnóstico durante el otorgamiento de consulta por tipo de institución de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	INSTITUCIÓN									
	IMSS				P <sup>1</sup>	SSAH				P <sup>1</sup>
	BUENA		MALA			BUENA		MALA		
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
<i>✓ Revisión y diagnóstico</i>										
<b>Interrogatorio</b>										
Si	435	79.23	114	20.77	<0.05	345	79.13	91	20.87	<0.05
No	2	33.33	4	66.67		1	25.00	3	75.00	
<b>Exploración</b>										
Si	430	81.44	98	18.56	<0.05	336	79.25	88	20.75	>0.05
No	7	25.93	20	74.07		10	62.50	6	37.50	
<i>✓ Información y comunicación</i>										
<b>Padecimiento</b>										
actual	395	81.44	90	18.56	<0.05	303	80.16	75	19.84	<0.05
Si	42	60.00	28	40.00		43	69.35	19	30.65	
No										
Tratamiento	419	80.27	103	19.73	<0.05	318	80.51	77	19.49	<0.05
Si	18	54.55	15	45.45		28	62.22	17	37.78	
No										
<b>Cuidados extrahosp</b>										
Si	386	81.26	89	18.74	<0.05	285	82.37	61	17.63	<0.05
Si	51	63.75	29	36.25		61	64.89	33	35.11	
No										
<b>Signos de alarma</b>										
Si	345	81.95	76	18.05	<0.05	257	80.56	62	19.44	>0.05
Si	92	68.66	42	31.34		89	73.55	32	26.45	
No										

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi*<sup>2</sup>
2. Nivel de significancia < 0.05

Interrogando al usuario, para saber si había recibido alguna plática además de su padecimiento, el 83.42% (n=156) refirió recibir otra plática y además percibió buena calidad en la atención, pero por el contrario el 77.52% (n=624) no recibió otra plática aunque percibió buena calidad ( $p>0.05$ ).

#### ✓ **RELACIONES INTERPERSONALES:**

En cuanto al trato dado por el médico, aquellos usuarios que consideraban ser tratados con amabilidad por parte del médico el 80.82% (n=750) evaluó buena calidad en la atención ( $p<0.05$ ), observando que, el 81.17% (n=418) eran derechohabientes del IMSS; no obstante, aquellos usuarios que refirieron un trato grosero por parte del médico, la proporción de buena calidad se percibió en un 49.25% (n=33) ( $p<0.05$ ), de los cuales 14 eran pacientes de SSAH. En tanto que para el personal del Módulo de Información, el 19.13% (n=128) consideró agradable el trato pero percibió mala calidad, para el 37.23% (n=35) refirió un trato grosero además de que evaluó mala calidad en la atención.

En el trato de la enfermera, el 18.19% (n=159) refirió un trato agradable a pesar de que percibió mala calidad, encontrando que 74 pacientes eran usuarios de SSAH; en tanto que, el 46.67% (n=42) expresó un trato grosero y refirió mala calidad en la atención ( $p<0.05$ ).

En cuanto a la Trabajadora social, el 19.77% (n=122) evaluó mala calidad aunque refirió haber recibido un trato amable; no obstante, el 37.50% (n=12) expresó haber recibido un trato grosero y evaluar mala calidad ( $p<0.05$ ).

Para la Asistente Médica, el 80.23% (n=495) consideró amable el trato, evaluando buena calidad, de los cuales el 81.82% (n=288) eran usuarios del IMSS; mientras que 12 pacientes expresaron un trato grosero además de percibir mala calidad ( $p<0.05$ ).

En cuanto a la percepción del trato por parte del personal que realiza los estudios paraclínicos, se obtuvo que el personal de laboratorio, rayos “X” y ultrasonido otorgó un trato amable aunque el usuario percibió mala calidad en la atención con un 17.66% (n=89), 18.77% (n=49), y 21% (n=21) respectivamente; pero por el contrario, aquellos que percibieron un trato grosero por parte del personal de laboratorio, rayos “X” y ultrasonido refirieron en un 36.78%, 60.71% y 22.22% mala calidad respectivamente. *Cuadro No.17*

Cuadro No. 17  
Percepción de calidad en base a dimensión interpersonal según institución de los  
Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

CONCEPTO	INSTITUCIÓN									
	BUENA		MALA		P <sup>1</sup>	BUENA		MALA		P <sup>1</sup>
	No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	
<b>Médico</b>										
amable	418	81.17	97	18.83	<0.05	332	80.39	81	19.61	<0.05
no amable	19	47.50	21	52.50		14	51.85	13	48.15	
<b>Pers. Módulo</b>										
amable	250	80.39	61	19.61	<0.05	291	81.28	67	18.72	<0.05
no amable	35	68.63	16	31.37		24	55.81	19	44.19	
<b>Enfermera</b>										
amable	397	82.37	85	17.63	<0.05	318	81.12	74	18.88	<0.05
no amable	35	53.85	30	46.15		13	52.00	12	48.00	
<b>Trab. Soc.</b>										
amable	288	81.82	64	18.18	>0.05	207	78.11	58	21.89	>0.05
no amable	8	61.54	5	38.46		12	63.16	7	36.84	
<b>Pers. Fichas</b>										
amable	288	81.82	64	18.18	>0.05	207	78.11	58	21.89	>0.05
no amable	8	61.54	5	38.46		12	63.16	7	36.84	
<b>Pers. Labor.</b>										
amable	274	84.05	52	15.95	<0.05	141	79.21	37	20.79	>0.05
no amable	41	57.75	30	42.25		14	87.50	2	12.50	
<b>Pers. Rayos X</b>										
amable	123	80.39	30	19.61	<0.05	89	82.41	19	17.59	<0.05
no amable	10	43.48	13	56.52		1	20.00	4	80.00	
<b>Pers. USG</b>										
amable	69	78.41	19	21.59	>0.05	10	83.33	2	16.67	>0.05
no amable	6	75.00	2	25.00		1	100.00			

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

1. Valor P de la prueba *chi2*
2. Nivel de significancia < 0.05

## ✓ **TIEMPO DE CONSULTA:**

Del total de los usuarios que refirieron mala calidad de la atención, el 22.80% (n=148) refirió duración de la consulta menor de 15 minutos; en tanto que, los usuarios con 15 a 30 min., de tiempo de consulta, evaluaron buena calidad en el 81.79% (n=274), de los cuales el 59.48% (n=163) correspondía a pacientes del IMSS. Para los usuarios con duración de consulta mayor a 30 min., ellos expresaron el 72.72% buena calidad en la atención. *Cuadro No. 15*

Esto es, en los usuarios que percibieron buena calidad, la duración de su consulta de primera vez fue en promedio de 15min., 43seg.,  $\pm 9.61$  min., y subsecuente de 16 min., 51 seg.,  $\pm 7.74$  min. Para el IMSS el promedio de consulta de primera vez con buena calidad de la atención fue de  $14.68 \pm 6.34$  min.; mientras que para SSAH, fue de  $15.69 \pm 10.54$  min., con percepción de buena calidad.

En tanto que, los usuarios que percibieron mala calidad de la atención, la duración de su consulta de primera vez fue en promedio de 16 min.,  $\pm 12.70$  min., y para la consulta subsecuente de 15 min., 72 seg.,  $\pm 7.72$  min. Al evaluar la percepción del tiempo de consulta obtuvimos que a menor satisfacción en el tiempo de consulta mayor percepción de mala calidad.

## **DIMENSIÓN RESULTADO**

### **✓ SATISFACCIÓN DEL USUARIO:**

El porcentaje de percepción de mala calidad de la atención se encontró significativamente superior en aquellos usuarios que refirieron insatisfacción con el servicio recibido (21.31% vs. 6.53%). A estos últimos se les interrogó la causa para dicha percepción, obteniendo las mayores proporciones en la explicación de la enfermedad con un 41.53% (n=45), tiempo de espera con un 9.06% (n=46) y otra causa con un 9.18% (n=18), obteniendo en este último rubro como principales factores al trato grosero con un 42.10% (n=), atienden mal con un 10.52% .

Interrogando si desearía que lo atendieran mejor, el 65.38% (n=304) expresó “sí” aunque también refirió buena calidad, observando que el 65.90% era correspondiente a pacientes del IMSS; el 90.14% (n=265) refirió no haber deseado que lo atendieran mejor además de percibir buena calidad en la atención prestada.

En cuanto a que sí el usuario o su familiar regresarían al hospital a solicitar servicio, el 83.14% (n=715) expresó que “sí” regresaría además de referir buena calidad en la atención, no obstante de los que refirieron regresar porque no tenían otra opción, la proporción de buena calidad se encontró en el 54.03% (n=67).

Al interrogar porque no regresaría encontramos entre las principales causas a las siguientes: no le atienden bien, le tardan mucho, el servicio es deficiente, no está de acuerdo con el diagnóstico, no le dan medicamentos, no le atienden y porque el hospital está lejos, sin embargo, todos estos refirieron buena calidad.

Se estimó Razón de Momios para la Prevalencia (RMP) con intervalos de confianza (IC) al 95%, encontrando diferencias estadísticamente significativas

( $p < 0.05$ ) en las variables que integran a las amenidades observando que el 79% de mala calidad se relaciona con una sala de espera desagradable con IC de 1.32 – 2.44( $p < 0.05$ ); así mismo se observó que la percepción de mala calidad se encuentra en 2.37 veces más en un consultorio incómodo con IC de 1.08 – 5.21( $p < 0.05$ ).

*Cuadro No. 18*

Cuadro No. 18  
Variables asociadas con la percepción de mala calidad estimación de la razón de momios para la prevalencia  
Amenidades de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	RMP	IC 95%	PREVALENCIA	
			Num.	%
<b>SALA DE ESPERA</b>				
agradable	1.00			
desagradable	1.79	1.32 - 2.44	347	34.87
<b>BAÑOS</b>				
limpios	1.00			
sucios/cerrados	1.99	1.35 – 2.92	181	24.89
<b>CONSULTORIO</b>				
cómodo	1.00			
incómodo	2.37	1.08 – 5.21	26	2.61
<b>VENTILACION</b>				
buenas	1.00			
mala	3.32	2.42 – 4.56	287	28.84
<b>ILUMINACION</b>				
Buena	1.00			
Mala	2.54	1.77 – 3.65	165	16.58
<b>MOBILIARIO</b>				
buenas condiciones	1.00			
malas condiciones	2.86	1.78 – 4.59	80	8.29

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

Con respecto a la satisfacción del usuario de acuerdo a las amenidades se encontró 2.6 veces más insatisfacción en relación a la mala iluminación con IC 1.51 – 4.49( $p<0.05$ ); en tanto que, en 2.88 veces más se obtuvo percepción de insatisfacción observando malas condiciones del mobiliario del consultorio con IC 1.48 – 5.62 ( $p<0.05$ ). *Cuadro No. 19*

Cuadro No. 19  
Variables asociadas con la percepción de insatisfacción estimación de la Razón de Momios para la Prevalencia  
Amenidades de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	RMP	IC 95%	PREVALENCIA	
			Num.	%
<b>SALA DE ESPERA</b>				
agradable	1.00			
desagradable	2.82	1.70 – 4.69	347	34.87
<b>BAÑOS</b>				
limpios	1.00			
sucios/cerrados	1.86	0.98 – 3.51	181	24.89
<b>CONSULTORIO</b>				
cómodo	1.00			
incómodo	3.60	1.36 – 9.58	26	2.61
<b>VENTILACIÓN</b>				
buena	1.00			
mala	2.56	1.55 – 4.24	287	28.84
<b>ILUMINACIÓN</b>				
Buena	1.00			
Mala	2.60	1.51 – 4.49	165	16.58
<b>MOBILIARIO</b>				
buenas condiciones	1.00			
malas condiciones	2.88	1.48 – 5.62	80	8.29

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

En el *Cuadro No. 20*, se observa que en las acciones de omisión durante el proceso de la atención, se encontró percepción de mala calidad en 6.29 veces más en relación a la falta de exploración física con IC 3.37 – 11.74 ( $p<0.05$ ); así mismo, se observó percepción de mala calidad en 2.47 veces cuando es deficiente la información de las instrucciones de que hacer y a donde acudir si se agrava el padecimiento con IC 1.25 – 2.47 ( $p<0.05$ ).

Cuadro No. 20  
Variables asociadas con la percepción de mala calidad estimación de la Razón de Momios para la Prevalencia  
Acciones de omisión durante el proceso de atención de los  
Hospitales Públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	RMP	IC 95%	PREVALENCIA	
			Num.	%
<b>Acciones de revisión y diagnóstico</b>				
<b>Interrogatorio</b>				
Si	1.00			
No	8.87	2.47 – 31.77	10	1.00
<b>Exploración</b>				
Si	1.00			
No	6.29	3.37 – 11.74	43	4.32
<b>Acciones de información y comunicación</b>				
<b>Padecimiento actual</b>				
Si	1.00			
No	2.33	1.57 – 3.46	132	13.26
<b>Tratamiento</b>				
Si	1.00			
No	2.84	1.76 – 4.58	78	7.83
<b>Cuidados extrahospitalarios</b>				
Si	1.00			
No	2.47	1.73 – 3.53	174	17.48
<b>Signos de alarma</b>				
Si	1.00			
No	1.78	1.28 – 2.47	255	25.62

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

La dimensión interpersonal influyó de manera significativa en la percepción de la satisfacción, como el caso del médico poco amable con 6.2 veces más IC 3.3 – 11.5 ( $p<0.05$ ); así mismo, en el personal del modulo no amable se encontró percepción de insatisfacción en 5.7 veces más IC 3.1 – 10.3 ( $p<0.05$ ). *Cuadro No. 21*

Cuadro No. 21  
Variables asociadas con la percepción de insatisfacción estimación de la Razón de Momios para la Prevalencia  
Relaciones interpersonales de los Hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo. 2002

VARIABLE	RMP	IC 95%	PREVALENCIA	
			Num.	%
<i>Médico</i>				
amable	1.00			
no amable	6.23	3.36 – 11.54	67	6.73
<i>Pers. Módulo</i>				
amable	1.00			
no amable	5.72	3.15 – 10.39	94	12.31
<i>Enfermera</i>				
amable	1.00			
no amable	4.61	2.51 – 8.45	90	9.33
<i>Trab. Soc.</i>				
amable	1.00			
no amable	3.62	1.35 – 9.77	32	4.93
<i>Pers. Fichas</i>				
amable	1.00			
no amable	3.62	1.35 – 9.77	32	4.93
<i>Pers. Labor.</i>				
amable	1.00			
no amable	4.56	2.28 – 9.12	87	14.72

Fuente: Encuesta de Calidad de los servicios de Consulta Ext., del Sector Salud en Hgo., Méx. 2002

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, obtuvimos que el 79% de los encuestados percibió que la atención recibida fue buena y el 21% mala. Encontrando en este estudio, resultados diferentes a los publicados en años previos, en donde aproximadamente el 80% de los encuestados evalúan buena calidad en la atención, como es el caso del estudio realizado a nivel poblacional publicado por Ramírez y cols., en 1998,<sup>50</sup> quien encontró que el 81.2% de la población percibía buena calidad y el 18.8% mala.

Resultados diferentes también se observaron en la encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México, realizada por la fundación Mexicana para la Salud (1994)<sup>37</sup>, mostrando que el 82% de los usuarios refería buena calidad en los servicios de salud.

Para la encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención (elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública) en 1988, el 72% de los usuarios encuestados percibió que la atención recibida fue buena, resultados diferentes a los obtenidos en este estudio<sup>32</sup>.

En cuanto a lo publicado por el IMSS en años previos, se identificaron grandes diferencias porcentuales, comparando con los resultados obtenidos en este estudio, ya que en forma general aproximadamente el 70% de los usuarios encuestados percibía buena calidad, como es el caso del estudio realizado en Tlaxcala (1996)<sup>52</sup> y en el Edo. De México (1998)<sup>50</sup>; ambos estudios publicaron que el 71.9% y el 73.7% de los usuarios manifestaba buena calidad, respectivamente.

Pero en comparación de los resultados publicados por la encuesta de Calidad y Calidez del Instituto Mexicano del Seguro social y el estudio realizado en Tlaxcala (2000) dirigido a pacientes mayores de 60 años, se identificaron mayores diferencias porcentuales, ya que ambos reportaron en un 80% y 93% buena calidad respectivamente.<sup>29</sup>

En la mayoría de los estudios realizados en el IMSS, las encuestas son elaboradas por personal trabajador de la misma institución, lo que estaría incluyendo algún tipo de sesgo de medición ya que al ser evaluada por el personal de la misma institución podría evidenciar algún tipo de sobre estimación tanto de buena calidad como de satisfacción, en el presente estudio los encuestadores fueron ajenos a dicha institución, por lo que los resultados pueden ser más reales y quizá sea la causa de la gran diferencia porcentual de éste estudio con respecto a los publicados previamente.

Las personas incluidas en la muestra estudiada en este trabajo en su mayoría fueron mujeres, lo que coincide con lo reportado en estudios previos realizados en México. Así también, se encontró que el grado de escolaridad y el salario intervienen de forma importante con la percepción de mala calidad. La insatisfacción manifestada por los usuarios de éste estudio, se debió en primera instancia al mal trato personal (47.11%), seguido de la mala atención (12.12 % ) y el tiempo de espera (21.21%). En tanto que en el estudio realizado por Ramírez y cols. (basado en la ENSA II)<sup>50</sup> define que los motivos de insatisfacción fueron los largos tiempos de espera (24%), la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (12%).

Mientras que para la Encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención, los motivos de insatisfacción fueron similares a los encontrados en este estudio.

Para el estudio realizado en una unidad materno – infantil del primer nivel de atención en Cuernavaca (1993)<sup>22</sup>, los motivos de percepción de mala calidad fueron: la escolaridad, la edad, la condición de aseguramiento y la ocupación; resultados diferentes a los encontrados en el presente estudio. De los resultados encontrados en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán se comparten con el presente estudio tiempos de espera.

Es importante mencionar los resultados obtenidos en otras unidades en diferentes ámbitos regionales en donde el papel del personal encuestador juega un papel trascendental como se puede mostrar en los resultados de éste estudio y cómo típico ejemplo los que a continuación se mencionan.

El estudio realizado por Aguirre Gas en 33 hospitales del IMSS<sup>34</sup>, encontró que el 80% de los usuarios calificaba de buena la relación médico – paciente, el 81% recibía suficiente orientación del personal de salud y el 85% tuvo una atención oportuna, el 88% de los casos hubo un estricto cumplimiento de las citas.

En contraste, con los resultados obtenidos en el estudio realizado en distintas unidades médicas en el Edo., de México, encontrando que el 54% de los encuestados se quejaba de la prepotencia y el mal trato del personal de la unidad, el 25% se quejaba del excesivo tiempo de espera, el 6% de la falta de medicamentos y en general, el 20% de los encuestados manifestaba insatisfacción por el trato recibido.

En cuanto a las expectativas de mejor atención manifestadas por nuestros usuarios encuestados fueron en orden de importancia: trato amable, disminuir los tiempos de espera, recibir una mayor información, comunicación y orientación y una mejor atención en todos los servicios. Resultados similares se observan en el estudio realizado por Maldonado y cols., en unidades de Medicina Familiar en Tlaxcala<sup>52</sup>, dirigido a los usuarios de 60 años a más, en donde se encontró que las expectativas de calidad fueron en orden de importancia: el trato amable, mejoría del padecimiento, tiempo de espera y por último convoca importancia a las amenidades.

Los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención al Hospital, se encontró en éste estudio causado porque no le atienden bien, largos tiempos de espera, el servicio es deficiente y no está de acuerdo con el diagnóstico. Resultados muy parecidos a los reportados por la ENSA II (1994), en donde, el usuario no regresaba porque no lo atendían, largos tiempos de espera, servicio deficiente y no estaba de acuerdo con el diagnóstico.

Si bien es cierto que, los resultados del presente estudio coinciden con diversas dimensiones involucradas con la calidad; es conveniente aclarar que, se trata de solo una foto en un momento en el tiempo y que dado que es un estudio transversal, tiene entre sus principales limitaciones la ambigüedad temporal, por lo que los resultados deberán tomarse con mucha cautela, ya que representan solo asociaciones estadísticas por un lado y por el otro, este estudio representa solo la opinión que manifestaron los usuarios y que según la metodología de Donabedian nos permitió contar solo con un referente próximo de la situación prevalente en algunas unidades de salud que solo corresponden al segundo nivel de atención, que si bien nos proporcionan información relevante, también ha sido importante tener información del primer nivel y de las clínicas privadas del mismo municipio y además de la información manifestada por el prestador del servicio.

No obstante, en la identificación de algunos factores asociados con la mala calidad, también se tuvo como limitación, la imposibilidad de efectuar seguimiento a los pacientes entrevistados para incluir variables del impacto del Tratamiento o de la información en salud.

Otra limitación consistió en la falta de información referente a la distribución o no de medicamentos que constituye un reto del Sector Salud en la actualidad.

## CONCLUSIONES

Con base en lo anterior, podemos concluir que los resultados más importantes de este estudio que resulta trascendente, considera la relación médico paciente y el trato que se proporciona al usuario por parte del personal con el que tiene contacto de la dimensión accesibilidad administrativa, los tiempos de espera que se relacionan con la satisfacción del usuario, como factores esenciales en la percepción de la calidad de la atención.

En relación al sexo de los encuestados, se observó que el sexo femenino percibe mejor calidad que el masculino, se observó que a mayor grado de escolaridad menor percepción de buena calidad en la atención. La edad no influyó en la percepción de mala calidad.

No obstante en la dimensión de estructura se pudo evidenciar la necesidad de considerar a las amenidades ya que a mayor comodidad y ambiente agradable tanto en sala de espera, consultorio y baños (limpios y abiertos) mayor percepción de buena calidad. En conclusión, las amenidades juegan un papel importante en la percepción de buena calidad en la atención prestada, así percibido por el usuario.

En relación a la accesibilidad administrativa se observó de acuerdo a la capacidad de resolución del Hospital es el grado de satisfacción del usuario, observando que aquellos usuarios que referían no solución a su problema por el cual solicitaron atención la proporción de mala calidad fue en más de la mitad.

Los usuarios que acudían con Médico Particular cuando el hospital suspendía la consulta evaluaban mayormente mala calidad, no observándose esto, en aquellos usuarios que referían no haber sucedido y los que acudían a urgencias.

En relación al tiempo de espera aquellos usuarios que esperaban por horas evaluaban en general mala calidad, en tanto que los que esperaban por minutos evaluaban mayormente buena calidad, por lo que se concluye que a mayor tiempo de espera menor satisfacción del usuario y por el contrario a menor tiempo de espera mayor satisfacción. Con esto, observamos que el tiempo de espera juega un papel importante para percibir buena o mala calidad por el usuario.

Evaluando la percepción del horario de consulta, se detectó que aquellos usuarios que referían estar de acuerdo con el horario percibían mejor calidad en comparación con los usuarios que referían lo contrario.

Con respecto a la indicación de una próxima cita, obtuvimos grandes diferencias proporcionales, ya que los usuarios que habían recibido próxima cita evaluaban buena calidad.

En relación al trámite para la consulta se observó que cuando el usuario percibe realizar trámites muy complicados ó complicados disminuye la percepción de buena calidad y por el contrario cuando el usuario percibe realizar trámites no muy complicados y sencillos aumenta la percepción de buena calidad.

En cuanto al proceso de atención se observó que cuando el médico interroga, explora o realiza acciones de información, educación y comunicación (explicación sobre el padecimiento, tratamiento, cuidados en casa y complicaciones) al paciente, existe un aumento en la percepción de buena calidad en la atención y por el contrario, cuando el médico no realiza un interrogatorio, no explora o no realiza las acciones anteriormente mencionadas, el usuario percibe mayormente mala calidad. Cuando el médico platica con el paciente además de su padecimiento aumenta la percepción de buena calidad en la atención por parte del usuario.

El tiempo de consulta es una de las variables trascendentales para evaluar una buena o mala calidad en la atención, observándose esto, al interrogar al usuario si era suficiente o no el tiempo de su consulta evaluaban mayormente buena calidad, no obstante, los usuarios que expresaban lo contrario, evaluaban en mayor proporción mala calidad; así también se observó que los usuarios cuya duración de su consulta fue menor a 15 min., evaluaban mayormente mala calidad, los usuarios cuyo tiempo de consulta fue mayor a los 15 min., evaluaron en más del 50% buena calidad.

En cuanto a la privacidad del usuario, se observó que entre mayor era el número de personas que se encontraban dentro del consultorio durante su consulta, aumentaba la percepción de mala calidad; cuando se interrogó si el usuario se molestaba que hubiesen tantas personas durante su consulta, existió un mayor porcentaje de percepción de mala calidad en los usuarios que expresaron molestarse y por el contrario aquellos que referían no incomodarse, evaluaban mayormente buena calidad.

De acuerdo a las relaciones interpersonales los usuarios expresaban que cuando el trato del médico era amable, percibían en mayor proporción buena calidad; esta proporción se observó de manera similar en el trato dado por el personal del módulo de información, enfermería, trabajo social, asistentes médicas, personal de laboratorio, R “x” y ultrasonido. Con todo esto podemos concluir, que el trato dado por los prestadores de diferentes servicios en un Hospital, es un punto importante para que el usuario perciba una buena o mala calidad en la atención prestada.

Se observó que los pacientes que evaluaban buena calidad, la mayoría referían sentirse satisfechos con el trato recibido y por el contrario, los pacientes que percibían mala calidad expresaban en su mayoría, no sentirse satisfechos. Por otro lado, los pacientes que deseaban que se les atendiera mejor, la mayoría refería mala calidad, en tanto que, los usuarios que referían no desear que se les atendiera mejor, la mayoría expresó buena calidad. Al interrogar si regresaría el usuario o su familiar al hospital, los que expresaban no regresar percibían en mayor porcentaje mala calidad, en tanto que los usuarios que expresaban regresar, el mayor porcentaje refirió buena calidad.

La mayoría de los usuarios que saben en donde poner las quejas o sugerencias expresaban buena calidad, así también en aquellos que referían no saber el lugar en donde poner quejas y sugerencias, el mayor porcentaje expresó buena calidad. Por tanto, con todo esto, concluimos que el percibir la calidad de la atención prestada por el usuario genera de manera importante la satisfacción o insatisfacción del mismo.

## **PROPUESTAS**

Con los resultados del presente proyecto podemos agregar una serie de propuestas de gran factibilidad y escaso costo como:

Generar una actitud de cordialidad, amabilidad en el personal de salud hacia el usuario, creando una mentalidad de servicio con calidad, desde el uso de un lenguaje óptimo para cada paciente de acuerdo a su nivel sociocultural, el entendimiento de su padecimiento y el entendimiento en el manejo de éste, así también es importante crear un ambiente óptimo laboral hacia los diferentes prestadores de servicio. Como lo es en relación a la accesibilidad administrativa, la distribución adecuada de recursos humanos en los diferentes unidades de salud, ya que, es insuficiente el personal de salud en relación a la demanda actual de usuarios, repercutiendo en el tiempo de consulta, la relación médico – paciente y en los largos tiempos de espera. Por lo que resulta importante evaluar la percepción del prestador de servicio con el fin de generar estrategias, en las que el médico realice de manera optima su función para poder crear comodidades laborales facilitando realizar la atención con calidad.

Realizar supervisiones y capacitaciones constantes obligatorias para los servidores de salud, recibir un servicio deficiente y percibir una mala atención. Sería conveniente la revisión en el apego de terapéuticas según la NOM's y supervisiones constantes a médicos y enfermeras con el fin de evaluar aspectos técnicos de la atención. Debe convencerse primero a los prestadores de servicio sobre la importancia de la satisfacción del usuario, sensibilizando creando cambios de calidad con los propios clientes internos. En el ámbito actual que impera en el país, se asegura que, a mayor satisfacción del usuario menores demandas, mayor apego del manejo médico indicado y con ello mayor resolución en los problemas de salud.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Accesibilidad:** De acuerdo con el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española significa “Calidad de accesible”, entendiéndose por accesible aquél que tiene “fácil acceso o trato” y acceso a la “acción de llegar o acercarse”.

**Acreditación:** “aval que se otorga a una institución o servicio de salud que cumple con los estándares mínimos de calidad vigentes, en su estructura, en el proceso y en los resultados, que permite garantizar una atención médica de calidad. En la medida que se cumplan los estándares mínimos de calidad, tanto en la estructura como en el proceso y los resultados, que permitan garantizar una atención médica con calidad, se podrá otorgar un documento que lo certifique, acreditando así a la institución evaluada como una institución de calidad”.

**Aseguramiento de la calidad:** Se define como el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad.

**Benchmarking** o Sistema de información comparativa de referencia: es el “mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia en el desarrollo de los procesos, mediante la comparación con otros procesos semejantes y la aplicación al proceso que se desea mejorar de aquellos procedimientos que hubieran mostrando mejores resultados en calidad y eficiencia”.

**Calidad:** Proviene del latín “qualitas” que significa hacer las cosas con excelencia. Para las organizaciones de producción de bienes o servicios, **calidad** se define como “todas las cualidades con las que cuenta un producto

para ser de utilidad a quien se sirve de él”, esto es, cuando las características del producto o servicio satisfacen las necesidades de sus usuarios.

***Calidad de la atención médica:*** Calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados, esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

***Calidad integral:*** Es aquella que considera a la calidad técnica, a la calidad interpersonal y que toma en cuenta al medio ambiente donde se brinda la atención.

***Calidad total/ mejoramiento continuo:*** Se caracteriza principalmente por fomentar y reconocer la importancia de la participación de todos los miembros de una organización en los procesos de mejoramiento de la calidad, sobre todo mediante el trabajo en equipo; la aplicación de métodos estadísticos y de análisis de problemas, así como de técnicas para estimular la creatividad, para hacer objetivo este análisis y mejorar los procesos: el reconocimiento de que los procesos deben ser continuos y no esporádicos y la premisa fundamental que consiste en darle al usuario el valor y la importancia que merece como motivo central del trabajo de todos los miembros de la organización.

#### ***Características de la accesibilidad:***

- ✓ La ***accesibilidad administrativa:*** Se refiere a los tiempos de espera, trámites realizados para recibir consulta y el tiempo de consulta obtenido.

- ✓ La **accesibilidad geográfica**: Es la distancia que recorren los usuarios para recibir atención en los servicios de salud más cercanos.
- ✓ La **accesibilidad económica** que se interpreta como los costos que se generan al recibir consulta incluyendo a los costos implícitos como son el transporte, los medicamentos, la alimentación y en ocasiones el hospedaje.

***Clasificación de los patrones o parámetros de la evaluación de la calidad:***

- ✓ Empíricos: Con origen en la práctica, empleados para comparar la atención que presta una organización o servicio con la de otro u otros en promedio, previamente establecido, a partir de resultados de situaciones y experiencias similares, cuyo logro puede demostrarse. Se utilizan cuando en la normatividad, se establecen mediciones que no permiten obtener información clara, o no se incluyen los aspectos que requieren evaluarse de la organización o servicio en cuestión.
- ✓ Normativos: Derivados de las fuentes que fijan las normas, reglamentos o lineamientos legales y generalmente son establecidos por grupos de especialistas, expertos en el tema o investigadores. Son determinados con mayor rigor científico, con base en un conjunto de conocimientos y valores legítimos, más que de ejemplos específicos originados de la práctica real dado por el rigor que se sigue para definir estos parámetros, carecen de suficiente validez para establecer un juicio sobre un servicio, debido a que no concuerdan con algunos aspectos de la realidad.

***Definición desarrollada de garantía de calidad:*** Es el conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: ***evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambios organizacionales***. Estos elementos

deben operacionalizarse, indicando que debe efectuarse un seguimiento casi permanente de los procesos de atención (*monitoreo*) y comparar los resultados alcanzados contra los programados (*evaluación*) para que, de esta forma, se pueda establecer la medida correctiva óptima para alcanzar calidad en las metas establecidas. Para que esta medida realmente se cumpla debe existir una clara definición de autoridad, responsabilidad, comunicación e información (*diseño organizacional*); sin embargo, la concientización de la importancia del trabajo de cada individuo y del equipo, así como la superación profesional de sus miembros, juegan también un papel fundamental para lograr el aseguramiento de la calidad (*desarrollo organizacional*), que sin una actitud de cambio pueden hacer fracasar al programa.

***Dimensiones de calidad:***

1. ***Técnica:*** Es la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente.
2. ***Interpersonal:*** Es la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente; una tercera dimensión denominada.
3. ***Comodidades, amenidades o medio ambiente:*** Puede incluirse dentro de la segunda dimensión y se refiere a las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio, como son las condiciones de ventilación, aseo e inclusive la comida que ofrece el hospital, también descritas en forma abstracta como comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad y otros semejantes.

***Efectividad:*** Es el logro exitoso de objetivos establecidos, según Ruelas, para Godínez se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir los mayores beneficios posibles en la actualidad.

***Eficiencia:*** De acuerdo con el diccionario Webster de la lengua inglesa, la define como la “habilidad para producir un efecto deseado o un producto,

etcétera, con un mínimo de esfuerzo, gasto o desperdicio”, de acuerdo con Godínez la eficiencia se entiende como el máximo de beneficios con el mínimo de costos, en tanto, que para Scott la eficiencia representa el costo por unidad de producto; existiendo tres tipos de eficiencia:

- ✓ ***Eficiencia clínica:*** El grado en que el método combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable.
- ✓ ***Eficiencia en la producción de los servicios:*** En la eficiencia con la que una institución produce los bienes y servicios que pone a disposición de los médicos.
- ✓ ***Eficiencia Gerencial:*** Produce políticas y servicios de soporte.

***Evaluación de la calidad de la atención médica:*** es el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, de los logros alcanzados y los de problemas que es necesario resolver.

***Evaluación y el seguimiento:*** Son parte integral del proceso de evaluación y mejoramiento de la calidad en la atención médica, siendo necesario dar continuidad al procedimiento mediante el seguimiento en los avances logrados y la solución de los problemas identificados y la reingeniería de los procesos, en cuanto a calidad, eficiencia y efectividad. Cuando a través de las evaluaciones periódicas se identifiquen obstáculos para el avance de los procesos o para la solución de los problemas, estos obstáculos pasarán a integrarse al registro de nuevos problemas y por lo tanto a la secuencia de procedimientos dirigidos a su solución

**Garantía:** De acuerdo con la Real academia significa “acción y efecto de afianzar lo estipulado” o bien “cosa que asegura o protege contra algún riesgo o necesidad” de acuerdo con el diccionario plantea que garantía significa “responder de la calidad algo”.

**Garantía de la calidad:** Son aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, ésta es monitorizada y los resultados conseguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias.

**Gestión o gerencia de la calidad:** En una organización, es la forma en la que el directivo decida combinar los diferentes elementos que dan sustento a la definición operacional (monitoría, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional).

**Productividad:** Es la relación entre un producto y un insumo, esto es, por ejemplo al número de consultas entre el número de médicos.

**Reingeniería:** Consiste en el análisis de procesos pero no con el objetivo de mejorarlos sino de modificarlos radicalmente y con ello hacerlos más eficientes e incrementar la calidad de los resultados obtenidos.

**Reingeniería de procesos:** Se define como la reprogramación de los procesos susceptibles de ser mejorados en su estructura y en los procedimientos que los integran, con el propósito de alcanzar los resultados operados, a fin de incorporarlos al mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia.

**Satisfacción del usuario:** Es la relación que existe entre la percepción que tiene el paciente de la atención recibida, el grado de cumplimiento terapéutico, la frecuencia con que utiliza los servicios y el interés por la condición de salud.

**Servicio:** Son todas aquellas actividades o conjunto de actividades de naturaleza casi siempre intangible que se realiza a través de la satisfacción entre el cliente y el empleado y/o instalación física de servicios, con el objeto de satisfacer un deseo o necesidad.

**Triada: Estructura – Proceso – Resultado :**

- ✓ **Estructura:** Se refiere a todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención.
- ✓ **Proceso:** Incluye todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes y la habilidad con lo que lo llevan a cabo, y también, lo que los pacientes hacen por sí mismos.
- ✓ **Resultado:** Es lo que se obtiene para el paciente, más específicamente, un resultado supone un cambio en el estado de salud (para bien o para mal) que puede atribuirse a la atención bajo evaluación, incluyendo también la percepción general de la atención recibida.

**Tipo de Costos:**

- ✓ **Costos de prevención:** Aquellos en que incurre una empresa, destinados a evitar y prevenir errores, fallas, desviaciones y/o defectos, durante cualquier etapa del proceso de producción y administrativo.
- ✓ **Costos de evaluación:** Son los costos en que incurre la empresa, destinados a medir, verificar y evaluar la calidad de materiales, partes, elementos, productos y/o procesos, así como para mantener y controlar la producción dentro de los niveles y específicamente de calidad, previamente planeados y establecidos por el sistema de calidad y las normas aplicables.
- ✓ **Costos por fallas internas:** Son aquellos costos resultados de la falla, defecto o incumplimiento de los requisitos establecidos de los materiales, elementos, partes, semiproductos o servicios, cuya falta y/o defecto es

detectada dentro de la empresa antes de la entrega del producto o servicio al cliente.

- ✓ ***Costos por fallas externas:*** Son los costos resultado de la falla, defecto o incumplimiento de los requisitos de calidad establecidos y cuya existencia se pone de manifiesto después de su embarque y entrega al cliente.

Usuario o cliente: ***Es todo aquel individuo que se beneficia directa o indirectamente con los servicios de un proveedor.***

# ANEXOS

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ardon C. Nelson. *Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida*. 12 (421) Junio 2003. Disponible en [www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com)
2. Sánchez M R., León S. M. *Equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo*. Costa Rica 1995-1997
3. Sánchez J. I., Bonne G. T., Pérez F. C., Botin D. M. *Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba*. Rev Cubana Salud Pública 2002;28(1):38-45
4. Overview J., Gustafson D. *Evaluation of quality improvement programmes*. Qual Saf Health Care 2002;11:270-275
5. Almeida C., Braveman P., R Gold M., Szwarcwald C. L., Mendes R. J., Miglionico A., Millar J. S., Porto S., Rosario C. N., Ortun R. V., Segall M., Starfield B., Travessos C., Uga A., Valente J., Viacava F. *Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000*. Lancet 2001; 357 1692-97 Disponible en [www.lancet.com](http://www.lancet.com)
6. Frank W .S. M. Verheggen, Peter P.M. Harteloh. *La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica*. Salud Pública de México mayo-junio de 1993, Vol.35, No.3
7. Chang M., Alemán M., Cañizares M., Ibarra A. *Satisfacción de los pacientes con la Atención Médica*. Revista Cubana Medicina General Integral 1999-15 (5): 541-7
8. Williams T., Schutt-Aliné J., Cuca Y. *Evaluación de la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar a través de encuestas de Satisfacción a clientes*. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Numero especial 2001 14-23

9. Bruce J. *El movimiento de calidad en el campo de la salud*. Population Information Program, Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA. Volumen XXVI, Número 3 Noviembre de 1998
10. Asorey G.. *La calidad del Servicio y el Profesional de la Salud*. Junio 2003. Disponible en [www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com)
11. Ardon N. Cubillos A. *Sistema para el monitoreo de la calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III nivel de Atención*. Bogota, 2003.
12. Padilla, G. *Autores de la Gestión de la Calidad*. Diciembre 2001. Disponible en [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com)
13. Juran, J.M. y F.M. Gryna, *Análisis y Planeación de la Calidad*, McGraw Hill, : 4 (79, 242, 245). 1995
14. Fedoroff P. *Comparar funcionamiento de la calidad del servicio del cliente*. Metodología de SERVQUAL de la baya Zeithaml Parasuraman 88.
15. Jurgen E. Schuldt. *Historia de la Calidad. El control de la Calidad moderno*, American Society for Quality. Sociedad Americana para la Calidad 1998.
16. Chavez E. Otero J. W. *Edwards Deming: El padre de la Calidad Moderna*. Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud 2002. 40-48.
17. Costa Fost J. *Evaluación de la Satisfacción del paciente*. Departamento de Teoría Económica. Universidad de Barcelona. 2000. 52
18. Allen D. *Administración de la Calidad*. Manual de Administración de la Calidad. Editorial Panorama.
19. Roldán P., Vargas, C., Giraldo C., Valencia G., García C., Salamanca L. *Evaluación de la calidad en la atención en salud*. Colombia Médica 2001: 32: 14 - 18
20. Ruiz-Olalla, C. (2001): *Gestión de la calidad del servicio*, Control de Gestión. Noviembre 1 2002 Disponible en <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>

21. Campbell M. S., Sheaff R., Sibbald B., Marshall M. N., Pickard S., Gask L., Halliwell S., Rogers A., Roland M.O. *Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts reconciling quality improvement and quality assurance*. Manchester M13 9PL, UK 17 December 2001
22. Vidal L., Reyes H. *Diseño de un Sistema de Monitoria para el Desarrollo de Programas de Garantía de Calidad*. Salud Pública de México. Mayo – Junio 1993 Vol. 35 No.3
23. M N Marshall, P G Shekelle, E A McGlynn, S Campbell, R H Brook and M O Roland' *Can health care quality indicators be transferred between countries? Qual Saf Health Care* 2003;12:8-12
24. N Steel, D Melzer, P G Shekelle, N S Wenger, D Forsyth and B C McWilliams' *Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible. Qual Saf Health Care* 2004;13:260-264
25. Ortiz E. R.; Muñoz J. S.; Lechuga M. D.; Torres C. E. *Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios*. Revista Panamericana de Salud Pública Volumen: 13 Number: 4 Page: 229 – 238
26. Moher D., Pham B., Jones A., J Cook Deborah., R Jadad A., Moher M., Tugwell P., P Klassen T. *Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta- analyses? Lancet* 1998 352: 60913
27. De la Rosa M. V., García V. A., Sandoval C. J., *Evaluación de la calidad de la atención Médica en Pediatría Confederación Nacional de Pediatría de México A.C.* ISSN 1405 -7808 Volumen 6 Número 1 Enero - Abril 2003
28. Arapé, J. (1999) *Estrategia – Medición y Calidad Total*. Noviembre 15 2002. Disponible en <[http://www.visiongc/Documentos/bsc los sistemas de medidas blandas y la calidad total.pdf](http://www.visiongc/Documentos/bsc%20los%20sistemas%20de%20medidas%20blandas%20y%20la%20calidad%20total.pdf)>
29. Mira JJ, Aranaz J. *La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria*. Med Clin 2000;114(Supl 3):26-33

30. Rodríguez-Legido Cl. *La medida de la satisfacción con la atención en salud.* Andalucía 1984-1992. Gac Sanit 1995;9:311-5.
31. Chang de la Rosa M., Alemán L M. C., García R., R., Jorge M. R. *Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997.* Rev. Cubana Salud Pública 2000;24(2):110-6
32. Materson B. Quintana O. *El costo de la Garantía de la Calidad.* Salud Pública Méx. 1993; 35:305 – 310.
33. Navarrete N., Rancel F. *Las infecciones nosocomiales y la Calidad de atención Médica.* Salud Pública Méx. 1998; 41 suppl 1:564-568
34. Aguirre G. *Administración de la calidad de la atención Médica.* Rev Med IMSS (Méx.) 1997; 35(4): 257-264
35. García G. Viniegra R. Zetina V. Ocampo B. *Calidad de la Atención Médica en Medicina Familiar.* Rev. Med IMSS (Méx.) 1995; 33: 405-408
36. Bronfman M. Castro R. Zúñiga E. Miranda C. *Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de utilización.* Salud Pública Méx. 1997; 39: 546-553.
37. Salinas O. Laguna C. Mendoza M. *La satisfacción Laboral y su papel en la evaluación de la Calidad de la Atención Médica.* Salud Pública Méx. 1994; 36:22-29
38. Ruelas B. *Calidad, Productividad y Costos.* Salud Pública de México. Mayo – Junio 1993 Vol. 35 No. 3
39. Ruelas B. Zurita G. *Nuevos horizontes de la Calidad de la Atención a la Salud.* Salud Pública Méx. Mayo – Junio 1993. Vol. 35 No. 3
40. Bobadilla J. L. *Políticas de Salud.* Fundación Mexicana para la salud. Diciembre 2004
41. Sandoval P. León C. Rojas O. Cortes F. Gómez G. Marín G. *Satisfacción del usuario: análisis comparativo de acuerdo con variables organizacionales.* Rev. Med. IMSS (Méx.) 1997; 35 (1): 43-47.

42. Morales G. García P. *Satisfacción de usuarios en unidades del primer nivel de atención médica*. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1997; 35(2): 139 – 143
43. Campos N. García V. Barrón U. Salazar M. Cobral S. *La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México*. Rev. Med. IMSS (Méx.) 1997; 35 (4): 265-272.
44. Donabedian A. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*. Salud Pública Méx. 1993, Vol. 35 No. 3.
45. Donabedian A. *Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica*. 1964 – 1984 . Salud Pública de Méx. 1988; 35: 94 – 97.
46. Donabedian A. *Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de atención*. Salud Pública Méx. 1993; 35: 94 – 97
47. Moguel G, S. A, J.N, S.G. *La satisfacción de los usuarios de la consulta externa del hospital Infantil de México “Federico Gómez: un parámetro importante para el entendimiento del Tratamiento y la enfermedad de los niños*. Calidad de atención a la salud 1996, (1) 12 – 17
48. Fletcher H.R, Fletcher S.W., Wagner H.E. *Epidemiología clínica*. Editorial Masson – Williams and Wilkins 1998.
49. Programa de Acción: *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. Primera Edición, 2002. Secretaria de Salud
50. Ramírez – S. Najera A. Nigenda L. *Percepción de la Calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios*. Salud Pública Méx. Vol. 40 n.1 Cuernavaca Jan/Feb. 1998
51. Flores A. J. J., Suárez H. G., Puc F. M., Heredia N. M., Vivas R. M., Franco M. J. *Calidad Bacteriológica del Agua Potable de la Ciudad de México*. Salud Publica de México Mayo-Junio de 1995, Volumen 37, no. 3 pp. 236-239
52. Bigné E. Moline M. Sánchez J. *Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y periféricos*. Área de Comercialización e Investigación de Mercados. Dpto. de Admón. de Empresas y Marketing. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. Universitat Jaume I. CASTELLÓN.

- 53.** Cruz M. *Calidad, opinión, satisfacción, clientes..., muchos conceptos para una pregunta: ¿están orientados los servicios de planificación familiar a las usuarias que los utilizan?* Portal de Gerencia y Marketing de Servicios de Salud. 2002
- 54.** Hasenfeld R., Shekelle P. G. *Is the methodological quality of guidelines declining in the US? Comparison of the quality of US Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) guidelines with those published subsequently.* RAND, 1700 Main Street, P O Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138, USA; rena@rand.org
- 55.** Hannu V. *Garantía de la Calidad en Europa.* Salud Pública de México Mayo-Junio de 1993, Vol.35, No.3
- 56.** West, E. *Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care.* Quality in Health Care 2001;10: 40-48
- 57.** McElduff P., Lyratzopoulos G., Edwards R., Heller R. F., Shekelle P., Roland M. *Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK.* Evidence for Population Health Unit, University of Manchester, Oxford Road, Manchester M13 9PT, UK; 10 February 2004 patrick.mcelduff@man.ac.uk
- 58.** Wallin L., Boström A-M, Harvey G., Wikblad K., Ewald U. *Progress of unit based quality improvement: an evaluation of a support strategy.* Qual Saf Health Care 2002;**11**:308-314.
- 59.** Gollop R., Whitby E., Buchanan D., Ketley D. *Influencing sceptical staff to become supporters of service improvement: a qualitative study of doctors' managers' views.* Qual Saf Health Care 2004;13:108-114
- 60.** Campbell S. M., Hann M., Hacker J., Durie A., Thapar A., Roland M. O. *Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type diabetes.* National Primary Care Research and Development Centre,

University of Manchester, Manchester M13 9PL, UK; 18 February 2002  
stephen.campbell@man.ac.uk

- 61.** Paquete STATA (Statistics Data Analysis) versión 6.0. Copyright 1984-1999  
Stata Corporation 702 University Drive East College Station, Texas 77840 USA
- 62.** Comboni S., Juárez J., Técnicas de Investigación. Biblioteca Universitaria  
Bond. Editorial Trillas.