
TESIS

**DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA
EVALUAR SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN EN USUARIOS
CON DIABETES TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS

AREA EN INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS DE SALUD

PRESENTA

FABIANA MARIBEL ZEPEDA ARIAS

TUTOR DE TESIS: DR. RICARDO PÉREZ CUEVAS

CO- TUTOR DE TESIS: DRA. PATRICIA A. ESPINOSA ALARCÓN

Aguascalientes, Ags. 2008

Dedicatorias

*A mi pequeño Luis Angel,
quien me mostró una
nueva mirada al mundo.*

*A Angel, mi esposo
por su infinita paciencia.*

*Todo mi amor y agradecimiento
a mis padres María y José Luis
y a mis hermanas
Norma y Eloísa a quienes tanto amo.*

*A mis tres ángeles;
Oscarito, Adriancito y el Sr. Operador.*

Agradecimientos

Con gran afecto y admiración al Dr. Ricardo Pérez Cuevas quien confió en mí y me mostró una especial forma de entender la investigación en Sistemas de Salud.

A la Dra. Patricia Espinosa Alarcón por su invaluable sabiduría puesta a favor de este proyecto.

A la Dra. Hortensia Reyes Morales quien ha sido un ejemplo a seguir, gracias por sus consejos.

A mis compañeros y amigos; Amílcar, Alberto, José Luis y Alejandro quienes me proporcionaron siempre su apoyo moral.

A Gerardo Vázquez por sus excelentes consejos en estadística, su intervención fue definitiva.

A:

Dra. Ma. del Carmen García Peña

Dr. Julio Querol Vinagre

Psic. Carmen Fuertes Martínez

Act. Mirna Hebrero Martínez

Por sus consejos, apoyo y colaboración en este trabajo

A las autoridades de las Unidades de Medicina Familiar No. 10, 64 y 44, por su apoyo incondicional.

*A los pacientes que participaron en el estudio,
por su tiempo y porque me permitieron
aprender más de lo que esperaba.*

A mis amigos y amigas por su apoyo incondicional

Votos Aprobatorios



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

**C. FABIANA MARIBEL ZEPEDA ARIAS
PASANTE DE LA MAESTRÍA EN CIENCIAS
ÁREA SISTEMAS DE SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

"DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN, EN USUARIOS CON DIABETES TIPO2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y comité tutorial, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Maestría en Ciencias área Sistemas de Salud.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"**

Aguascalientes, Ags. 17 de Diciembre 2008.

**DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS**

CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe de Departamento de Control Escolar
ccp. Dr. Ricardo Pérez Cuevas / Tutor de trabajo de tesis.
ccp. Archivo.

Carta de liberación del tutor



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD,

México D.F. a 12 de diciembre del 2008

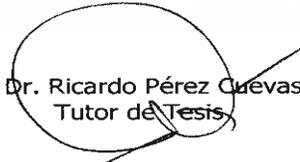
Señores
Miembros del Comité Académico de Investigación y Postgrado
Centro de Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Aguascalientes
Presentes

Respetados Miembros del Comité:

Por medio de la presente, pongo a su consideración y evaluación el trabajo de tesis de **Fabiana Maribel Zepeda Arias**, alumna de la Maestría en Ciencias: Área Sistemas de Salud, Generación 2003-2005, titulado: "*Desarrollo y Validación de un Instrumento para Evaluar Satisfacción por la Atención en Usuarios con Diabetes Tipo 2 y/o Hipertensión Arterial en Unidades de Medicina Familiar del IMSS*", el cual ha concluido satisfactoriamente.

De antemano agradezco todos los comentarios en relación a este trabajo y aprovecho la oportunidad para enviarles un cordial saludo.

Atentamente


Dr. Ricardo Pérez Cuevas
Tutor de Tesis


Dra. Patricia A. Espinosa Alarcón
Co-tutora de Tesis

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Resumen

El estudio aborda el desarrollo y validación de un instrumento que evalúa la satisfacción por la atención en pacientes diabéticos y/o hipertensos. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura a efecto de determinar las dimensiones comprometidas con la satisfacción de los usuarios. La técnica de redes semánticas fue utilizada para elaborar el constructo de satisfacción desde la perspectiva del usuario, mediante la cual se constituyó un instrumento con 32 ítems con escala de respuesta tipo Lickert.

El instrumento fue aplicado y validado con 200 usuarios de 3 Unidades de Medicina Familiar del IMSS. La validez de contenido se realizó a través del consenso de expertos y para la de constructo se llevó a cabo un análisis factorial utilizando el método de rotación Varimax, el cual explicó 46.7% de la varianza con 3 factores: Factor 1 Relación médico-paciente/Relación paciente-clínica, Factor 2 Organización y funcionamiento de la clínica y Factor 3 Comunicación y relación interpersonal. El alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de la solución factorial fue de 0.824.

El instrumento final SAUDH-UMF demostró ser válido y confiable para evaluar la satisfacción de usuarios diabéticos y/o hipertensos en Unidades de Medicina Familiar y puede ser útil para mejorar la calidad de atención.

INDICE GENERAL

Dedicatorias.....	ii
Agradecimientos	iii
Votos Aprobatorios	v
Carta de liberación del tutor.....	vi
Resumen	vii
Capítulo I.....	1
Introducción	1
Antecedentes.....	3
Marco Conceptual.....	7
Padecimientos crónicos degenerativos	7
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)	7
Hipertensión arterial	8
Calidad de la atención médica	9
Satisfacción del usuario	10
Enfoque de satisfacción empleado para el proyecto.....	11
Factores relacionados con la satisfacción.....	14
Desarrollo y validación de instrumentos para medir satisfacción.....	15
Planteamiento del problema	21
Pregunta de investigación.....	24
Objetivo General.....	24
Capítulo II	25
Metodología.....	25
Diseño del estudio.....	25
Población de estudio	25
Sitio del estudio	25

Unidad de análisis	25
Criterios de selección	25
Criterios de inclusión	25
Criterios de exclusión	26
Criterios de eliminación	26
Diseño muestral	26
Muestreo	26
Variables	27
Operacionalización de variables	28
Tabla. I Variables sociodemográficas	28
Tabla II. Variable de estudio	29
Tabla III Otras variables relacionadas con la satisfacción del usuario (1)	30
Tabla IV Otras variables relacionadas con la satisfacción del usuario (2)	31
Descripción del estudio	32
Construcción del instrumento	32
Validación de contenido	37
Aspectos Éticos	38
Análisis estadístico	39
Capítulo III	40
Resultados	40
Análisis descriptivo	42
Tabla 1. Características sociodemográficas	42
Gráfica 1. Diagnóstico médico de los usuarios	43
Tabla 2. Características socio médicas	44
Tabla 2a. Percepción del estado de salud de los usuarios	45
Tabla 3. Opinión acerca de la organización de la clínica	46
Tabla 4. Opinión con los horarios de atención	47
Tabla 5. Facilidad para realizar trámites en la clínica	48
Tabla 6. Calificación de la limpieza de la clínica	49

Tabla 7. Calificación de la comodidad de las instalaciones de la clínica	50
Tabla 8. Utilidad del uso de las computadoras para una mejor atención	51
Gráfica 2. Utilidad del uso de computadoras	51
Tabla 9. Necesidad de algún servicio que no se proporciona en la clínica	52
Tabla 9 a. Servicios que el usuario necesita que se otorguen en la clínica	52
Tabla 10. Confianza en la atención que se proporciona en la clínica	53
Tabla 11. Procedimientos para obtener consulta con su médico familiar	54
Gráfica 3. Procedimiento para obtener consulta	54
Tabla 12. Frecuencia de otorgamiento de consulta para el día deseado	55
Tabla 13. Frecuencia de atención médica el día de la consulta	56
Tabla 14. Percepción de usuarios de las mejoras que requiere la clínica	57
Tabla 15. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses	58
Tabla 16. Satisfacción con el servicio que recibió en urgencias	59
Tabla 17. Recomendación de atención en la clínica a familiares y amigos	60
Gráfica 4. Recomendación de la clínica	60
Tabla 18. Periodicidad con la que el médico familiar proporciona información	61
Tabla 19. Periodicidad con la que el médico familiar proporciona información	62
Tabla 20. Periodicidad con la que el médico familiar proporciona información	63
Tabla 21. Condescendencia del médico familiar	64
Tabla 22. Periodicidad con la que el médico familiar aclara dudas	65
Tabla 23. Entendimiento de la información del médico familiar	66
Tabla 24. Periodicidad con la que el médico familiar revisa los pies	67

Tabla 25. Periodicidad con la que el médico familiar toma la presión arterial.....	68
Tabla 26. Calificación del paciente acerca de la exploración física	69
Tabla 27. Calificación del paciente acerca del tratamiento.....	70
Tabla 28. Opinión del paciente acerca del tiempo	71
Tabla 29. Satisfacción del paciente con la atención del médico familiar	72
Tabla 30. Solicitud de cambio de médico familiar por parte del paciente	73
Gráfica 5. Solicitud de cambio de médico.....	73
Tabla 31. Recomendación de la atención.....	74
Gráfica 6. Recomendación del médico familiar	74
Tabla 32. Tiempo de espera en minutos	75
Grafica 7. Tiempo de espera de acuerdo al indicador de calidad IMSS	76
Tabla 33. Opinión del paciente acerca del tiempo de espera	77
Tabla 34. Recepción de atención en la clínica en los últimos 6 meses	78
Tabla 35. Opinión del paciente acerca de la amabilidad	79
Tabla 36. Satisfacción del paciente con la atención de la asistente médica	80
Tabla 37. Disposición de la trabajadora social para escuchar al paciente	81
Tabla 38. Periodicidad del surtimiento completo de medicamentos	82
Tabla 39. Frecuencia con la que el personal de laboratorio le explica al paciente	83
Tabla 40. Utilización del servicio de archivo clínico en el último año.....	84
Tabla 41. Satisfacción del paciente con el servicio de archivo clínico	85
Tabla 42. Participación del paciente en grupos de apoyo	86
Tabla 43. Opinión del paciente acerca de los grupos e apoyo	87
Capítulo IV	88
Análisis Factorial.....	88
Tabla 44. Comunidades iniciales y reproducida orden descendente.....	90

Tabla 44 a. Comunalidades iniciales y reproducidas.....	91
Tabla 45. Matriz de varianza-covarianza	93
Tabla 46. Matriz de componentes ^a	94
Tabla 47. Comunalidades iniciales y reproducidas con 5 componentes.....	96
En este sentido, la siguiente tabla muestra la solución factorial rotada, en ella se puede apreciar la conformación de los cinco factores y las preguntas que los conformarían, con su respectiva carga factorial en forma ascendente.....	97
Tabla 48. Matriz de componentes con 5 factores	97
Tabla 49. Matriz de componentes rotados con 5 factores	98
Tabla 50. Composición del factor 1	100
Tabla 51. Composición del factor 2	101
Tabla 52. Composición del factor 3	102
Tabla 53. Alpha de Cronbach por factor y total	104
Evaluación de la satisfacción	105
Tabla 54. Re-codificación de respuestas.....	106
Tabla 55. Mediana para el nivel de satisfacción.....	107
Capítulo V	108
Discusión	108
Conclusiones	114
ANEXO 1. Instrumento SAUDH-UMF.....	116
Referencias.....	121

Capítulo I

Introducción

La satisfacción aborda las expectativas del usuario con respecto a los servicios de salud, de tal manera que este constructo implica una serie de determinantes que tienen que ver con las características propias de los usuarios, pero también con las de los servicios de salud.

En este sentido los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas son un campo de interés particular debido a que sus condiciones de salud los obligan a interactuar permanentemente con el sistema de salud y en gran medida, el avance de su estado en salud, ya sea hacia la recuperación o el deterioro, influye en su interpretación acerca de la calidad que reciben, cuyo indicador más importante puede ser la satisfacción.

Es bien sabido que los pacientes con mejor información acerca de sus condiciones de salud tendrán una percepción más cercana a su estado real, dado que han recibido explicaciones y orientaciones acerca de su padecimiento y de la mejor forma de tratarlo.

En lo referente a los servicios de salud, es cada vez más evidente la necesidad de que éstos tengan una perspectiva hacia el usuario. Usualmente, los servicios en su actual forma de provisión, no están centrados en el usuario, sino que es el usuario quién se tiene que adaptar a las condiciones de éstos.

La relación interpersonal entre el usuario y los proveedores, la conveniencia de los horarios para asistir a consulta, los tiempos de espera, etc., son situaciones que causan frecuentemente insatisfacción o frustración.

Adicionalmente, existen pocos instrumentos en Latino América que evalúen la satisfacción de los usuarios con enfermedades crónicas. El avance del conocimiento en este terreno es fundamental, dada el creciente número de

pacientes que sufren estas condiciones y que acuden a los servicios de atención primaria.

El presente trabajo desarrolla y valida un instrumento para evaluar satisfacción por la atención en usuarios con diabetes tipo 2 y/ o hipertensión arterial, los cuales son los padecimientos más frecuentemente atendidos en atención primaria.



Antecedentes

En las últimas décadas la pirámide poblacional en México se ha transformado. En 1970 presentaba una base amplia debido a una elevada fecundidad y para el año 2000, la base se redujo en forma considerable debido a la acelerada reducción en los niveles de fecundidad y al incremento en la expectativa de vida. Esto ha dado por resultado un creciente predominio de la población adulta la cual en forma gradual y constante también, ha incrementado la proporción de pacientes con enfermedades crónicas-degenerativas (ECD) como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y/o hipertensión arterial (HTA).^{1,2}

Los pacientes con estas enfermedades no tienen alternativas de cura definitiva, ya que requieren cuidado específico e integral, de lo contrario, desarrollan complicaciones severas, lo que representa un deterioro importante en la funcionalidad y calidad de vida de quienes las padecen y también un alto costo de atención para los servicios de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha implementado programas y diseñado guías de práctica clínica³ para proporcionar atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. El propósito es otorgar atención médica de alta calidad. Desde el punto de vista de los servicios de salud, esto se logra a través del trabajo organizado del personal de salud en los distintos niveles de atención.

En el primer nivel de atención –sistema médico familiar- es en donde se otorgan la mayor parte de servicios a este tipo de pacientes y para ello se requiere de coordinación y continuidad en la atención. El segundo y tercer niveles de atención otorgan servicios especializados, ambulatorios –consulta externa, urgencias- y hospitalarios. A la fecha, también en estos niveles de atención se otorgan servicios de rehabilitación.

Para proporcionar atención de alta calidad, el IMSS ha estructurado una serie de reformas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención médica, la cual es considerada como un elemento fundamental de los servicios de salud, la Organización Mundial de la Salud la define como el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos.⁴ Por lo que cada uno de los elementos que la componen representan una importancia sustancial, específicamente cuando se requiere valorarla ya sea a nivel de programa o a nivel de interacción paciente-médico.

Países como Estados Unidos, Reino Unido y España han evaluado la atención médica con base en la elaboración de múltiples atributos, dado que la dificultad para su definición y especificación ha provocado que los juicios no se hagan sobre la atención médica en sí, sino directamente sobre las personas que la proporcionan y el marco o sistemas donde se imparte, como resultado, los atributos de esas personas y marcos de la propia atención se usan, alternativamente, tanto para definir como para juzgar la calidad.⁵

Cuando se trata de valorar la calidad de la atención médica, la mayor parte de los reportes de investigación, se basan en la medición de la satisfacción del paciente y de la calidad técnica, por tratarse de elementos en los que se ven involucrados directamente los pacientes y los proveedores de la atención.

En este sentido, la satisfacción del paciente adquiere un matiz particular cuando se pretende abordar la calidad de la atención médica en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, ya que tanto los pacientes como los proveedores de los servicios presentan una serie de condiciones sociales, económicas y psicológicas atribuidas a la naturaleza crónica de la enfermedad que padecen o que atienden respectivamente. De hecho algunos estudios reportan que la satisfacción del paciente refleja el cumplimiento de sus expectativas en cuanto a resultados en salud.^{6,7}

Algunas de las condiciones particulares son: la estigmatización social de incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, el costo económico de la atención médica que representa para los pacientes y las instituciones de salud y los trastornos de índole psicológica como la depresión, la angustia y la dependencia del cuidado de los pacientes con este tipo de padecimientos crónicos; así como las características profesionales y personales de los prestadores del servicio para proporcionar atención de calidad de manera continua.

Una adecuada calidad en la atención médica permite disminuir los costos de la atención, las quejas, la utilización de servicios de salud y las listas de espera. Aunque también se encuentran implícitas algunas consecuencias directas para los pacientes, como la disminución de la probabilidad de las complicaciones, el control adecuado de enfermedades agudas o crónicas y el incremento de la satisfacción.⁵

La satisfacción del paciente en unidades de atención primaria independientemente de su padecimiento, ha sido evaluada en diferentes países. Shabrawy-Ali M. reportó que el 60% de los usuarios en Arabia Saudita se encontraron satisfechos,⁸ mientras que en Moscú el 62% estuvieron satisfechos en comparación con el 95% en Canterbury.⁹ En Washington 97% de los pacientes se describieron satisfechos con la atención médica recibida.¹⁰ Para llevar a cabo estas evaluaciones se utilizaron instrumentos que de acuerdo a los autores habían sido validados previamente, por lo que no se abunda en su desarrollo y proceso de validación.

En México se han realizado encuestas a población usuaria de instituciones de salud pública con resultados que oscilan entre 76 a 88% de satisfacción, con reportes de algunos factores que la afectan, como la relación médico paciente, el trato humano y oportunidad en la atención.^{11, 12, 13}

En el IMSS se desarrolló un instrumento para medir la satisfacción de los usuarios de las unidades de medicina familiar con la técnica de red semántica, validado en una población de características similares.¹⁴ Este mismo instrumento

fue aplicado a 1692 usuarios en 8 estados de la República Mexicana, la proporción global de sujetos satisfechos fue de 64.8%,¹⁵ en los que el promedio de edad fue de 35.8 años

El desarrollo y validación de instrumentos específicos que miden la satisfacción de pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus, artritis reumatoide o VIH ha tenido incursión en países como Estados Unidos, España y el Reino Unido en las que a partir de análisis clinimétricos y pruebas como alfa de Cronbach, han reportado una validez que oscila entre el 0.79 al 0.95.^{16, 17, 18, 19}

La medición de la satisfacción del paciente lleva consigo ciertas cuestiones que tienen que ver con el propio concepto por tratarse de una construcción multidimensional, ya que éste debe contener las opiniones del paciente acerca de su satisfacción de acuerdo a las experiencias que ha tenido con los servicios de salud,²⁰ así como una construcción conceptual sólida a partir de la cual se desarrollen atributos que permitan elaborar taxonomías apropiadas de acuerdo a cada cultura, ideología e incluso servicio de salud.²¹

Hasta el momento, no se tienen reportes en México de instrumentos cuidadosamente validados que midan la satisfacción de usuarios con enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial). Un acercamiento a este planteamiento es el trabajo realizado por Reyes S. 2002 en el que establece que el 67% de derechohabientes de 60 años y más tuvieron una opinión positiva acerca de los servicios de salud del IMSS, y algunos factores asociados a dicha opinión fueron la presencia de problemas crónicos de salud, género, edad, procedencia y la utilización de servicios de salud.²²

Marco Conceptual

Padecimientos crónicos degenerativos

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su evolución lenta, de varios años, pero su característica más importante es que se trata de padecimientos irreversibles que van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo.

La prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, se ha venido presentando como un fenómeno exponencial, expansivo por su relación indudable con el cambio e imitación en los estilos de vida de las poblaciones y multifactorial de acuerdo al enfoque disciplinario que estudie el fenómeno.

Los padecimientos crónicos con mayor prevalencia en México son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus que han tenido un fuerte impacto en las causas de morbilidad y rebasan al paciente, ya que al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales, económicos y sociales, siendo los aspectos psicológicos de gran impacto en la evolución de la enfermedad, lo cual se traduce en un mayor consumo de recursos de los diferentes servicios de salud dado que este tipo de padecimientos requieren para su control de un equipo multidisciplinario en el que el paciente es el eje central y contribuye de manera participativa en la atención a su salud a través de su autocuidado.

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que es producto de defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados en la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia son la causa primaria de hiperglucemia.

La hiperglucemia crónica de la diabetes es acompañada de daño, disfunción e insuficiencia en el largo plazo de diversos órganos, en especial ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.²³ Los pacientes diabéticos que reportan glucosa sanguínea entre 90 y 130 mg/dl antes de las comidas y un nivel inferior a 180mg/dl dos horas después de haber comenzado a comer, o con un nivel de hemoglobina glucosilada inferior al 7 %, se encuentran bajo control metabólico, esta condición puede variar de acuerdo a los estilos de vida de los pacientes.²⁴

La DM2, representa la tercera causa de consulta –por enfermedades crónicas en medicina familiar del IMSS. Debido a la naturaleza de cronicidad de esta enfermedad el cuidado integral de estos pacientes requiere rediseñar los procesos de atención de forma que profesionales en salud de distintas disciplinas como médicos familiares, enfermeras, trabajadoras sociales, personal técnico, etc., participen en forma continua y coordinada en la atención del paciente. Reportes previos han destacado que la participación del primer nivel de atención es fundamental para abordar este problema.²⁵

Hipertensión arterial

Se considera hipertensión arterial a las cifras de presión sistólica iguales o mayores a 140 mm de Hg. y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores de 90 mm de Hg, así como cifras de presión arterial normal en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva ²³. Por lo que un paciente con HTA controlada reporta cifras de tensión arterial por debajo de 130/80. ²⁶

La hipertensión arterial es la principal causa de consulta por enfermos crónicos en medicina familiar seguida de enfermedades respiratorias por lo que representa una importante carga económica para los servicios de salud y su manejo apropiado es uno de los métodos más costo-efectivos para la reducción de riesgo cardiovascular. Sin embargo, el manejo habitual en el primer nivel de atención es limitado con respecto al monitoreo y al manejo no farmacológico (indicación de dieta y ejercicio).²⁷

Calidad de la atención médica

Para evaluar la calidad de la atención médica, es útil empezar diciendo que la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. De esto se desprende que la evaluación de la calidad es un juicio sobre, sí un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así en qué medida. De tal manera que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e interpersonal.

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.⁵

El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. En este sentido, los pacientes contribuyen individual o colectivamente de muchas maneras a la definición de calidad, al determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud y con sus valores y expectativas acerca del manejo del proceso interpersonal.

En este dominio los pacientes son los definidores primarios de lo que significa la calidad. Al tomar en cuenta estas consideraciones, la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de la atención, puede considerarse como un elemento de salud psicológica, lo que hace que el grado de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo y resultado de la atención.²⁸

Un tercer elemento de la atención son sus amenidades, las cuales son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica, como una sala de espera confortable, una unidad de atención médica limpia y bien iluminada, privacidad, cortesía, aceptabilidad e incluso la utilización de algún servicio que para el paciente represente un “lujo”.

Satisfacción del usuario

No cabe duda que la relación entre la calidad de la atención percibida y la satisfacción expresada por los servicios que se reciben es un asunto complejo. En los últimos 10 años han proliferado los estudios sobre calidad que han introducido un cambio cualitativo en el enfoque, incorporando la opinión de los pacientes sobre el proceso asistencial, el tratamiento y los resultados alcanzados. Estos tienden a conceptualizar a la satisfacción como una medida de calidad del servicio. Por lo que está medida es un indicador indirecto de la calidad de atención, ya que la satisfacción puede presentarse en algunos casos como resultado de la calidad del servicio o bien como un componente o atributo del servicio. Es decir, los pacientes manifiestan su satisfacción porque han recibido un servicio de calidad y al mismo tiempo la calidad está en función del grado de satisfacción expresado por los pacientes.

A partir del establecimiento de la satisfacción como elemento de la calidad, una pauta común en los estudios acerca de satisfacción ha sido profundizar en los atributos y dimensiones que los usuarios del servicio deben valorar.

Actualmente la satisfacción es entendida como un concepto multidimensional, cuyas dimensiones intentan desagregar los aspectos que intervienen en la relación del usuario con los servicios de salud. Por lo que no existe homogeneidad cuando se trata de establecer la relación entre usuarios y servicios que deben tomarse en cuenta para medir la satisfacción.

Algunos autores han medido la satisfacción a través de tres elementos: competencia profesional, condiciones personales y la relación costo- comodidad para los usuarios.²⁹ Otros han establecido diferentes dimensiones: cognitiva,

afectiva y sobre las habilidades y competencias del personal de salud o bien, se refieren a la humanización de la asistencia, la información facilitada o la competencia técnica.^{30,31}

No obstante se pueden distinguir al menos tres dimensiones que de forma explícita se encuentran en la mayoría de los planteamientos. La primera comprende la valoración de la competencia de los profesionales que prestan la atención, la segunda la conforma la interacción personal entre usuarios y profesionales y la tercera las valoraciones de los usuarios sobre las características del sitio en donde se les presta atención.

Un enfoque diferente en el estudio de la satisfacción es el que incorpora factores psicosociales de los usuarios, este enfoque se basa en la teoría de la discrepancia, introduce el concepto de expectativa como elemento central para explicar la satisfacción. Distingue entre actitudes y percepciones; las primeras pueden ser de naturaleza evaluativa o afectiva y las percepciones pueden ser de naturaleza cognitiva o informativa. Por lo tanto la actitud sería la suma de las creencias o expectativas del sujeto evaluador hacia cada una de las dimensiones del objeto evaluado, mientras que las percepciones constituyen la confirmación o negación de las expectativas.³²

En suma, se entiende que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente esperaba que ocurriera y lo que dice haber obtenido. Sin embargo esta forma de entender la satisfacción de los sujetos lleva a problemas tales como la dificultad de preguntar acerca de las expectativas, dado el carácter subjetivo y difuso que pueden tener debido a que no están formadas de antemano.

Enfoque de satisfacción empleado para el proyecto

A pesar de la literatura existente, no parece existir instrumentos que muestren de manera contundente la mejor opción para abordar este tema, debido a que las valoraciones se ven sujetas a la utilidad de los resultados de los instrumentos más que a la formulación de problemas teóricos específicos.

Los criterios generales para el estudio de la satisfacción se encuentran sustentados en la fuerza de la opinión y la evaluación de los atributos del servicio con los que el usuario tiene contacto. Para este estudio, se asume que la satisfacción es el resultado de las distintas percepciones que se tienen sobre el conjunto de aspectos que conforman la relación del usuario con el servicio de atención a la salud.³³

La satisfacción del paciente con enfermedades crónicas implica una suma de aspectos inherentes a la interacción con el servicio que ha recibido desde el momento en que es diagnosticado con un padecimiento crónico, dado que requiere de servicios específicos caracterizados por consultas subsecuentes y tiempos de espera, un tratamiento específico y prolongado, surtimiento de fármacos de manera ininterrumpida, relación continuada con el equipo de salud, educación específica para el autocuidado que le permita al paciente interactuar con el tratamiento e incluso proponer mejores alternativas desde su perspectiva, etc.

De tal manera que para evaluar la satisfacción del usuario es necesaria la suma de las consideraciones anteriores y la inclusión de características sociodemográficas y socioeconómicas.

Cuando se emite una opinión acerca de los servicios de salud no es posible englobarla sobre todos esos aspectos parciales en una opinión general y viceversa. También es difícil que una opinión parcial no se encuentre influida por los demás aspectos. Por lo tanto es conveniente incorporar la mayor cantidad posible de elementos que intervienen en la interacción del usuario con el servicio que recibe.

Cabe señalar que las opiniones de los usuarios con respecto a la satisfacción son de carácter subjetivo, por lo que la satisfacción en un asunto relativo. No obstante si se utiliza un instrumento válido y confiable, es posible considerar una opinión como real, al margen de que en su conformación influyan de forma distinta las características de los usuarios o la calidad del sistema.

El enfoque para medir la satisfacción en este proyecto está fundamentado en cinco aspectos: acceso, amenidades, aspecto interpersonal, calidad técnica y satisfacción global. Considerando tres elementos del sistema de atención: estructura, proceso y resultado. De tal manera que las dimensiones a priori para medir la satisfacción permiten conocer específicamente cada una de las dimensiones durante todo el proceso de atención del paciente con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.

Acceso:

Se refiere a la relación que establece el usuario con la unidad médica, independientemente del acto médico.

Amenidades:

Se trata de asuntos relacionados con la comodidad de un usuario que recibe determinado servicio, dicha comodidad abarca desde la estructura arquitectónica del edificio o sitio en el que se proporciona el servicio, la iluminación ventilación, disposición de servicios (baños, agua, jabón, papel higiénico etc.) e incluso el estado en el que se encuentra el mobiliario o bien lo cómodo que puede resultar para el usuario; es decir las condiciones de la estructura que el proveedor proporciona al usuario junto con la atención médica.

Aspecto interpersonal:

Incluye la valoración que el usuario tiene con respecto a la amabilidad y el trato de los prestadores del servicio, así como la comunicación que el proveedor del servicio logra establecer con el usuario, usualmente para beneficio de su salud.

Calidad técnica:

Otro aspecto considerado es la calidad técnica, la cual consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud.⁵ Delgado A. establece que la calidad técnica de los prestadores de servicios, la relación interpersonal y la

disponibilidad de los recursos se encuentran relacionados con el desempeño de la atención y con la satisfacción de los usuarios.³⁴

Satisfacción global:

Como ya se ha explicado previamente, la variable –satisfacción- requiere ser evaluada a través de varias dimensiones, una de ellas es la satisfacción global. Se ha demostrado que los individuos son capaces de hacer un juicio global del servicio, así como de distinguir varias dimensiones del servicio y evaluarlas separadamente en términos de cuál es la satisfacción en cada una de ellas.³⁵ Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio recibido, puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global, podría decirse entonces; que la satisfacción global es una suma de todas las satisfacciones parciales.³⁶

Factores relacionados con la satisfacción

Existen algunos factores externos que se encuentran relacionados con la satisfacción y que están contempladas para el desarrollo del presente trabajo, entendiendo por factores externos ciertas características de los usuarios y de las unidades de atención médica, útiles para indagar en qué medida difiere la satisfacción expresada en función del tipo de persona que recibe el servicio y el tipo de lugar en el que este ha sido prestado.

La edad es una de las variables que numerosos estudios han descrito como un factor que influye en la satisfacción, en la que la tendencia es que a mayor edad mayor nivel de satisfacción. Algunos otros factores reportados son el sexo, el grado de escolaridad, el ingreso familiar, el vivir o no en pareja, la percepción del estado de salud, la ausencia o presencia de otras enfermedades, el tiempo de evolución, el motivo por el que se solicita atención médica y la actividad actual del usuario.

Desarrollo y validación de instrumentos para medir satisfacción

A continuación se describe el proceso para la validación de un instrumento de medición con la finalidad de lograr una mayor claridad en los términos.

Los métodos utilizados para el desarrollo y validación de instrumentos son múltiples, ya que dependen del tipo de variable que se desee medir, entendiéndose por medición al “conjunto de reglas para asignar un número a los objetos a fin de representar cantidades de atributos”.³⁷

Son muchos los factores que contribuyen a los errores de medición como los contaminantes situacionales, los factores personales transitorios, sesgos por serie de respuestas, variaciones en la aplicación, claridad del instrumento y formato del instrumento entre otros. Por lo que para disminuir la probabilidad de error, lo mejor es utilizar una metodología que permita obtener un instrumento de medición confiable y válida.³⁸

La confiabilidad de un instrumento que genera datos cuantitativos constituye un criterio importante para evaluar su calidad e idoneidad, la confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con que se mide el atributo para el que está diseñado. A menor variación en las mediciones repetidas de un instrumento, mayor confiabilidad, congruencia o fiabilidad del instrumento de medición. Otra manera de definir la confiabilidad es en función de la exactitud. Un instrumento es confiable si sus mediciones reflejan exactamente los valores verdaderos del atributo que se investiga.

Esta confiabilidad está vinculada a los errores de medición que se mencionaron anteriormente, de tal manera que una medición confiable maximiza el componente de valor real y minimiza el componente de error.

La confiabilidad puede ser medida en tres formas distintas:

1.- Confiabilidad como equivalencia.

Es el coeficiente KAPPA, es un coeficiente estadístico que se emplea para cuantificar el grado de acuerdo entre los observadores, corrige el factor azar y es

el estudio de confiabilidad por equivalencia o concordancia entre observadores, cuanto más se acerca al cero más azar hay. El autor es quien determina a partir de qué valor se admite el principio Kappa, en qué punto se sitúa el corte. Suele ser considerado el valor KAPPA como muy bueno a partir de 0,8 y muy malo por debajo de 0,20.

La confiabilidad por equivalencia también se denomina confiabilidad de pruebas paralelas o equivalentes, alude a dos situaciones que no son idénticas pero que son paralelas o equivalentes. Lo mejor sería partir de un mismo conjunto de ítems. Ejemplo: prueba de 40 ítems, se divide en 2, pares y nones, como parten del mismo universo son dos pruebas paralelas.

2.- Confiabilidad del Test-Retest.

Es un modo más directo que el otro, ya que medimos y volvemos a medir, sus valores oscilan entre cero y uno. Se mide en un primer momento (test) y posteriormente se vuelve a medir (retest). Se trata de ver hasta qué punto un conjunto de medidas son reproducibles en el tiempo, el grado en que las puntuaciones son estables sería el grado de confiabilidad. Por ello es sinónimo de estabilidad (si las condiciones cambian puede tener efectos en ella).

La mayoría de las variables biológicas no admiten este tipo de confiabilidad, se viola el supuesto de independencia y sobrestima la confiabilidad de la situación de medida ya que siempre hay cambios. Ejemplo: un cuestionario siempre es más familiar la segunda vez que la primera.

3.- Confiabilidad como consistencia interna.

Esta es la forma de determinar la confiabilidad de la medida, no se pueden usar en aquellas medidas que utilizan pocos ítems. La consistencia interna, es el grado común que tienen todos los ítems para medir una misma característica, un método utilizado para medir la congruencia interna es la técnica de división por mitades que consiste en dividir los reactivos que integran la prueba en dos grupos,

evaluarlos de manera independiente y utilizar las puntuaciones a fin de calcular un coeficiente de correlación.

Otra prueba es el coeficiente alfa de Cronbach, que proporciona un estimado de la correlación de mitades para todas las formas posibles de división en dos partes de la prueba. Si el instrumento es mutidimensional o multifacético no es correcto medir la consistencia interna de todos, sino de las diferentes facetas por separado.

La validez constituye el segundo criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento; denota el grado en el que el instrumento mide lo que se supone que debe medir, al igual que la confiabilidad, la validez comprende diferentes aspectos y técnicas de evaluación. La confiabilidad y la validez no son cualidades independientes, de tal manera que un instrumento de medición que no sea confiable no puede ser válido.

La evaluación de la validez de un instrumento se realiza con base en tres facetas:

1.- Validez de contenido.

Describe la idoneidad del muestreo de reactivos para la variable que se mide y se aplica a mediciones tanto de atributos emocionales o afectivos como cognitivos. Para validar un instrumento de contenido se requiere realizar una exhaustiva revisión de la literatura para conceptualizar adecuadamente la variable de interés, de tal manera que capte el dominio completo y no algunas de sus partes. La validez de contenido se basa necesariamente en el criterio del investigador. Sin embargo en esta etapa regularmente se recurre a un grupo de expertos en el área de contenido para que evalúen y documenten el instrumento. El panel suele constituirse con mínimo de tres expertos, se pide a cada miembro que evalúen los ítems del nuevo instrumento por separado y el instrumento en su totalidad.

Dos aspectos clave de dicha evaluación son que los reactivos sean pertinentes y apropiados en términos de la conceptualización y que midan adecuadamente todas las dimensiones de la variable. Un procedimiento ampliamente utilizado es el índice de validez de contenido (IVC) que consiste en pedir a los expertos que califiquen los ítems en una escala de cuatro puntos (de 1= no pertinente a 4 = muy pertinente) El IVC para el instrumento total es el porcentaje del total de reactivos a los que los expertos dieron la puntuación de 3 ó 4. Un IVC de 0.80 ó más suele considerarse como indicativo de una validez de contenido elevada.

2.- Validez de criterio.

Es de carácter pragmático, establece la relación entre el instrumento y algún otro criterio. Independientemente del atributo abstracto que mida, se dice que el instrumento es válido si la correlación entre los resultados y el criterio es alta. Es decir; se trata de una comparación entre nuestra situación de medida y un estándar al que se le llama criterio.

Desde el punto de vista de la técnica de validez de criterio, el aspecto crucial es si el instrumento constituye un predictor útil de conductas, experiencias o condiciones subsecuentes. Un requisito de este procedimiento es contar con un criterio razonablemente confiable y válido para comparar las mediciones realizadas con el instrumento que se busca validar.

En ocasiones se establece una distinción entre dos tipos de validez de criterio: la validez predictiva que se refiere a la idoneidad de un instrumento para diferenciar entre el desempeño o las conductas de los individuos respecto a un criterio futuro, y la validez concurrente, la cual denota la capacidad de un instrumento de distinguir a los individuos que difieren en su condición actual respecto de un criterio.

La diferencia entre ambos tipos de validez radica en el momento en que se obtienen las mediciones del criterio. El coeficiente de correlación de Pearson es

utilizado frecuentemente para la validez concurrente, el resultado puede variar entre -1 y +1. Cuanto más cercano a 1 esté el coeficiente en términos relativos (sin tener en cuenta el signo) mayor es el grado de validez y cuanto más cercano esté a 0, menor será la validez.

3.- Validez de constructo.

A diferencia de la validez de criterio, la de constructo se ocupa del atributo subyacente, más que de los resultados que el instrumento arroja. Los conceptos no se miden, se miden los indicadores de la definición operativa.

La validez de constructo examina hasta qué punto algo (el indicador y la definición operativa) mide adecuadamente el concepto. Los indicadores son las características observables, es decir; mide hasta qué punto el indicador o la definición operativa mide el concepto, de tal manera que implica una relación estrecha con la teoría.

Una técnica para determinar la validez de constructo es la técnica de grupos conocidos que consiste en aplicar el instrumento a los grupos que se presume diferirán respecto del atributo crítico a causa de una característica conocida, posteriormente se calculan diferencias entre los grupos.

Otro método es el desarrollado por Campbell y Fiske,³⁹ el método matricial multimetódico de rasgos múltiples. El procedimiento aplica los conceptos de convergencia y discriminabilidad. La convergencia se refiere a pruebas o indicios de que los distintos métodos para medir un concepto proporcionan resultados similares; es decir, que las diferentes técnicas de medición deben converger en el constructo. La discriminabilidad designa la capacidad de diferenciar el constructo que se mide de otros similares.

Otro método es el conocido como análisis factorial, que identifica grupos o conglomerados de variables relacionadas; cada grupo recibe el nombre de factor y representa un atributo relativamente unitario. El procedimiento se emplea para identificar y agrupar diferentes mediciones de una característica subyacente. Para

cada factor o dimensión hay varios ítems o indicadores, la validez estructural o factorial intenta discernir el grado en que los indicadores de un concepto reflejan dicho concepto, son parte de él o lo constituyen.

La validación es un proceso interminable, mientras mayor sea la cantidad de indicios de que el instrumento mide lo que debe medir, mayor será la confianza del investigador en su validez.

Durante el desarrollo de esta tesis se profundizará más acerca del análisis factorial, dado que representa la parte medular, por lo que para obtener mayores detalles del mismo es necesario remitirse al apartado de resultados, donde se explica paso a paso en qué consiste.

Planteamiento del problema

La Federación Internacional de Diabetes (IDF) por sus siglas en inglés, considera que hay 177 millones de personas con diabetes mellitus. Esta cifra se basa en reportes de 140 países. La diabetes tipo 2 ocupa entre 85% y 95% de todos los casos diagnosticados en el mundo. México ocupa el noveno lugar dentro de los diez países con mayor prevalencia de diabetes mellitus en el mundo, 10.7% de los mexicanos de 20 a 69 años tienen algún tipo de diabetes mellitus, lo que equivale a una población de más de 5 millones y medio de personas con la enfermedad.⁴⁰

La diabetes mellitus es la tercera causa de muerte en México, antecedida por enfermedades del corazón y tumores, incluida la hipertensión arterial.⁴¹ Se estima que cerca de 50 mil mexicanos murieron en el 2002 a causa de esta enfermedad.⁴²

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la diabetes mellitus se sitúa en el tercer lugar dentro de los principales motivos de demanda en el sistema de consulta externa en medicina familiar y la hipertensión arterial en el primero⁴³, y en la consulta de especialidades el segundo lugar⁴⁴, como causa de egreso hospitalario ocupa el octavo lugar.⁴⁵

El número de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en unidades de medicina familiar del IMSS se ha incrementado considerablemente, nada menos de 1991 al 2002 el número de consultas anuales por hipertensión arterial cambió de 2, 573, 536 a 7, 353, 990 y para diabetes mellitus el escenario fue similar de 2, 405, 216 a 6, 182, 845. De tal manera que 2 de cada 10 consultas otorgadas en las unidades de medicina familiar son proporcionadas a pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, de las cuales el 98% son consultas subsecuentes.⁴⁶

La atención a estos pacientes la otorga principalmente el médico familiar, no obstante, el modelo predominante de atención posee un enfoque curativo de tal manera que el paciente no necesariamente es atendido por el equipo de salud para recibir atención integral.

El médico familiar se apoya en el equipo de salud para continuar la atención: trabajo social, nutrición y dietética, medicina preventiva, estomatología, laboratorio clínico y cuando es necesario, servicios de urgencias. No obstante este apoyo, a excepción de los casos urgentes, no está coordinado y el paciente recibe los servicios en forma desorganizada e irregular.

Los pacientes con padecimientos crónico degenerativos son atendidos mensualmente en unidades de medicina familiar (UMF) de manera indistinta con respecto a su control clínico y metabólico, por lo que son considerados como pacientes subsecuentes por el hecho de recibir atención médica por el mismo motivo de consulta en más de dos ocasiones.

Diversos factores contribuyen a la ineficiencia en el manejo de los pacientes crónicos en el primer nivel de atención, la cual se refleja en la sobreutilización de los servicios y la provisión de consultas médicas innecesarias: discontinuidad en la atención por parte del equipo de salud, cargas excesivas de trabajo, demanda excesiva de atención médica, la carencia del usuario de información suficiente sobre el cuidado de su salud, la necesidad de surtir mensualmente los medicamentos a los pacientes, etc.

Los pacientes incluso tienen que regresar innecesariamente a solicitar atención independientemente de su estado de salud.

A este respecto 30% de los pacientes con diabetes mellitus atendidos en las UMF han sido reportados como controlados y hasta 50% de los pacientes hipertensos. La repercusión económica se puede valorar si consideramos que durante 1992, el gasto anual de la atención a los enfermos con diabetes mellitus alcanzó los 2,000 millones de pesos y el costo para 1999 fue de 7, 500 millones.

El IMSS ha considerado la atención a las enfermedades crónicas como una prioridad institucional en la que es necesario llevar a cabo acciones integrales y específicas, que contribuyan a evitar o retrasar su aparición y modifiquen en lo posible la magnitud de las complicaciones agudas y crónicas.⁴⁷

Por lo que el actual modelo de atención requiere de modificaciones acordes a las demandas de salud y expectativas de los usuarios, con el propósito de que la atención que reciban favorezca el mantenimiento de su salud y haga énfasis en la prevención y limite el daño. Para realizar modificaciones al modelo de atención, se debe tener información acerca de la satisfacción de los usuarios con padecimientos crónicos en sus diferentes dimensiones. Hasta el momento no se ha encontrado información suficiente acerca de la satisfacción de los usuarios con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, que contribuya a mejorar la atención médica. Aunque en otros países existen instrumentos para evaluarla, ninguno se acerca al contexto mexicano.

Por otro lado, en México existen instrumentos capaces de evaluar la satisfacción por los servicios de salud, sin embargo se encuentran dirigidos a toda la población sin distinción alguna, cuando las características de los pacientes con diabetes y/o hipertensión son particularmente diferentes con respecto al resto de la población.

La satisfacción tiene relación directa con el grado en que los pacientes colaboran con el tratamiento, esto es, en la medida que se encuentran más satisfechos, es posible implementar medidas de manejo que requieren su participación, como el cumplimiento de las instrucciones para realizar ejercicio o bien el seguimiento de un régimen alimentario.

El primer paso para abordar la evaluación de la satisfacción es la realización de estudios de investigación en servicios de salud acerca del desarrollo y validación de instrumentos lo cual puede proporcionar elementos para la construcción o modificación eficiente de un modelo de atención.

Pregunta de investigación

1.- ¿Cuál es la validez de un instrumento para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios diabéticos tipo 2 y/o hipertensos en unidades de medicina familiar del IMSS?

Objetivo General

Desarrollar y validar un instrumento para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes tipo 2 y/ o hipertensión arterial en unidades de medicina familiar del IMSS.

Capítulo II

Metodología

Diseño del estudio

Validación de un instrumento para medir satisfacción

Población de estudio

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial que acuden a consultas médicas subsecuentes en unidades de medicina familiar del IMSS.

Sitio del estudio

El estudio se realizó en 3 Unidades de Medicina Familiar (UMF) del IMSS las cuales fueron seleccionadas por conveniencia: UMF No. 10 en el sur de la Cd. de México (30 consultorios), UMF No.64 en el Estado de México (35 consultorios) y UMF No. 44 (40 consultorios) en el Poniente de la Cd. de México. Estas clínicas se caracterizaron por tener una organización y funcionamiento similares aunque se encuentran en puntos geográficos distintos.

Unidad de análisis

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

1. Pacientes subsecuentes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de sexo y edad indistinta.

2. Pacientes subsecuentes con diagnóstico de hipertensión arterial de sexo y edad indistinta.
3. Pacientes subsecuentes con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial de sexo y edad indistinta.
4. Pacientes con las anteriores características que se encuentren en la clínica los días de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión

1. Pacientes subsecuentes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial que padezcan otra enfermedad aguda o crónica, que no le permita su participación en el estudio.

Criterios de eliminación

1. Pacientes que por cualquier motivo no desearon participar en el estudio.

Diseño muestral

Se utilizó el paquete estadístico STATS™ para calcular el tamaño de la muestra, con un error máximo aceptable del 5% y un nivel de confianza del 95%, el total de pacientes que acuden diariamente a consulta es de 5040, de los cuales el 10% corresponde al estimado de pacientes diabéticos y/o hipertensos, por lo que el número de pacientes requerido para este estudio es de 134 más el 20% de pérdidas esperadas, es igual a 161 pacientes. Finalmente se aplicó el instrumento a 200 pacientes.

Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico por cuota.

Variables

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Estado civil
- Escolaridad

Variables de estudio

- Satisfacción del paciente
- Calidad técnica
- Aspecto interpersonal
- Acceso
- Amenidades
- Satisfacción global

Otras variables

- Diagnóstico
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Comorbilidad
- Unidad de medicina familiar
- Número de consultorio
- Turno de atención médica
- Condición de seguridad social
- Ingreso familiar
- Número de personas dependientes del ingreso familiar
- Motivo de consulta
- Tiempo de ser atendido en el IMSS
- Percepción del estado de salud

Operacionalización de variables

Tabla. 1 Variables sociodemográficas

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento	Cuantitativa discreta	Años de vida cumplidos al momento del estudio
Sexo	Características físicas que determinan la diferencia entre el hombre y la mujer	Categoría Nominal	1) Masculino 2) Femenino
Ocupación	Actividad laboral o social que desempeña el paciente al momento del estudio	Categoría nominal	1) Ama de casa 2) Servicios 3) Obrero 4) Empleado 5) Comerciante 6) Profesional independiente 7) Estudiante 8) Pensionado o jubilado 9) Desempleado 10) Otros
Estado Civil	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles que son secundarios al tipo de unión	Categoría Nominal	1) Soltero (a) 2) Casado (a) 3) Unión libre 4) Divorciado(a) 5) Separado(a) 6) Viudo(a)
Escolaridad	Último nivel de estudios cursado	Categoría Ordinal	1) No sabe leer ni escribir 2) Sabe leer y escribir 3) Primaria 4) Secundaria 5) Preparatoria o técnico 6) Licenciatura 7) Postgrado

Tabla II. Variable de estudio

Nombre de la variable	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición
<p><i>Satisfacción del usuario por la atención</i></p> <p>Es el resultado de las distintas percepciones que se tienen sobre el conjunto de aspectos que conforman la relación del usuario con el servicio de atención a la salud.</p>	<p><i>Acceso:</i></p> <p>Relación que establece el usuario con la unidad médica, independientemente del acto médico</p>	<p>Organización de la clínica</p> <p>Horarios de atención</p> <p>Resolución de trámites</p> <p>Carencias en la clínica</p> <p>Mejoras en la clínica</p> <p>Concertación de cita</p> <p>Tiempo de espera</p> <p>Confianza en la atención</p> <p>Surtimiento de medicamentos</p>	<p>C</p> <p>A</p> <p>T</p> <p>E</p> <p>G</p> <p>O</p> <p>R</p> <p>I</p> <p>C</p> <p>A</p>	<p>1) Insatisfecho</p> <p>2) Satisfecho</p>
	<p><i>Amenidades:</i></p> <p>Asuntos relacionados con la comodidad de un usuario que recibe determinado servicio</p>	<p>Limpieza de la clínica</p> <p>Comodidad de las instalaciones</p> <p>Uso de las computadoras</p> <p>Servicios adicionales</p>	<p>N</p> <p>O</p> <p>M</p> <p>I</p> <p>N</p>	
	<p><i>Aspecto Interpersonal</i></p> <p>Valoración del usuario acerca de la amabilidad y comunicación con los prestadores del servicio</p>	<p>Amabilidad de los proveedores</p> <p>Información acerca del cuidado a la salud</p> <p>Aclaración de dudas</p>	<p>A</p> <p>L</p>	
	<p><i>Calidad Técnica:</i></p> <p>Valoración del usuario acerca de la aplicación de la ciencia y la tecnología de los proveedores de servicio para el manejo de su problema de salud</p>	<p>Revisión de los pies</p> <p>Toma de presión arterial</p> <p>Exploración física</p> <p>Calificación del tratamiento</p> <p>Tiempo por consulta</p>		
	<p><i>Satisfacción Global:</i></p> <p>Juicio general emitido por el paciente acerca de los diferentes servicios</p>	<p>Satisfacción con:</p> <p>Servicio de urgencias</p> <p>Asistente médica</p> <p>Médico familiar</p> <p>Archivo clínico</p> <p>Grupos de apoyo</p>		

Tabla III Otras variables relacionadas con la satisfacción del usuario (1)

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Diagnóstico	El proporcionado por auto reporte del usuario al momento de la entrevista	Categórica nominal	1) Diabetes mellitus 2) Hipertensión arterial
Comorbilidad	Las enfermedades referidas por el usuario al momento de la entrevista	Categórica nominal	1) Ninguna 2) Sobrepeso u obesidad 3) Hipercolesterolemia 4) Gastritis 5) Insuficiencia Renal crónica 6) Cardiopatías 7) Vasculares 8) Vías respiratorias 9) Auditivos 10) Visuales 11) Articulares
Tiempo de evolución de la enfermedad	Tiempo transcurrido que refiera el usuario a partir de que algún médico le diagnosticó la enfermedad hasta la fecha	Cuantitativa discreta	Años transcurridos
Unidad de Medicina Familiar	Número de la UMF asignado por el IMSS	Categórica nominal	
Número de consultorio	Número de consultorio referido por el usuario en el que se le otorga la consulta	Cuantitativa discreta	
Turno de atención	Turno referido por el usuario en el que se le otorga la consulta	Categórica nominal	1) Matutino 2) Vespertino
Seguridad social	Situación legal-administrativa referida por el usuario mediante la cual obtiene el derecho a los servicios del IMSS	Categórica nominal	1) Asegurado 2) Beneficiario
Ingreso familiar	Cantidad en pesos mexicanos que el usuario refiera como ingreso de la familia en un mes	Cuantitativa continua	

Tabla IV Otras variables relacionadas con la satisfacción del usuario (2)

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Número de personas dependientes del ingreso familiar	Número de personas que el usuario refiera dependen económicamente del ingreso mensual de la familia	Cuantitativa discreta	
Motivo de consulta	Causa referida por el usuario para su asistencia a la UMF el día de la aplicación de la encuesta	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Para el control de la enfermedad 2) Estudios de laboratorio y/o gabinete 3) Acompañamiento 4) Realizar tramites 5) Otro motivo de salud
Tiempo de atención en el IMSS	Tiempo referido en años por el usuario de recibir atención en el IMSS	Cuantitativa discreta	
Percepción del estado de salud	Opinión del usuario con respecto a su estado de salud en el último año	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Muy bien 2) Bien 3) Ni bien ni mal 4) Mal 5) Muy mal

Descripción del estudio

El desarrollo y validación del instrumento para evaluar la satisfacción por la atención en pacientes diabéticos y/o hipertensos en unidades de medicina familiar (SAUDH-UMF) se llevó a cabo en dos etapas:

1. Construcción del instrumento
2. Validación del instrumento

Construcción del instrumento

Se tomó como referencia un cuestionario validado en España dirigido a población en general de centros de atención primaria, se realizó la búsqueda exhaustiva de la literatura para recolectar la evidencia científica que sustentó la definición de la satisfacción del usuario, con lo cual se identificaron las dimensiones que integran dicho constructo, fueron considerados también tres elementos del sistema de atención: estructura, procesos y resultados, para lo cual se diseñó un diagrama de flujo sobre el proceso de la atención que recibe el paciente diabético y/o hipertenso en la unidad de medicina familiar.

Después de analizar la escala de medición de satisfacción de España y contrastarla con los servicios de atención a la salud en México, se eliminaron 12 ítems del cuestionario original referentes a servicios que no son proporcionados en las unidades de medicina familiar del IMSS.

Se desarrollaron y probaron 6 ítems para el cuestionario original con respecto al contexto de la atención del paciente diabético y/o hipertenso. Esta versión se probó en apariencia en 15 usuarios diabéticos e hipertensos. Finalmente para esta versión se aplicaron 60 cuestionarios en una unidad de medicina familiar, dado que sólo se incluyeron 6 nuevos ítems al cuestionario original y se estimaron 10 sujetos por ítem.³⁷

Inicialmente se utilizaron cuestionarios auto aplicados, pero dadas las características físicas e intelectuales de los pacientes con enfermedades crónicas,

quienes presentan diversas limitaciones físicas para leer y escribir un texto, se adaptó el cuestionario para ser llenado por un encuestador a través de la técnica de entrevista dirigida.

Los 60 cuestionarios fueron aplicados a través de una entrevista realizada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial (auto reporte) que se encontraban en la sala de espera para recibir su consulta mensual, en una UMF del DF, el tiempo promedio para la realización de la entrevista fue de 18 minutos. Con un máximo de 50 minutos, se consideró un muestreo por cuota para aplicar las encuestas.

La literatura reporta que la variabilidad en la satisfacción del usuario se encuentra relacionada con el proveedor de servicios que aplica la encuesta. Por lo que para este proyecto; la encuestadora no portó ningún tipo de uniforme distintivo de la institución, para favorecer la libertad del usuario para contestar el cuestionario y reducir la deseabilidad social. La estrategia fue dirigirse al paciente con un saludo cordial y posteriormente preguntarle ¿es usted diabético o hipertenso?, en caso afirmativo se realizó la invitación a participar, con previa explicación de la intención del estudio e identificación del encuestador.

Se procesó la información en el programa SPSS, se realizó un análisis de frecuencias de cada ítem. De acuerdo a los resultados obtenidos se eliminaron 8 ítems debido a la falta de respuesta de los usuarios y que no eran aplicables al contexto de la población, se realizó una segunda revisión de la literatura y replanteamiento del diagrama de flujo del proceso de atención que se proporciona a los pacientes crónicos, ya que los ítems eliminados valoraban el aspecto interpersonal y algunas amenidades, por lo que fue necesario reemplazarlos por ítems cercanos al contexto de la atención.

Con base en el análisis de la segunda aplicación del instrumento, se detectó que los pacientes tuvieron problemas para discriminar entre las dos primeras opciones de respuesta (mucho, bastante, ni mucho ni poco, poco y muy poco). Por lo que se procedió a realizar la construcción de las opciones de respuesta tipo

Lickert mediante la técnica de redes semánticas, la cual fue aplicada a 20 pacientes de dos clínicas, se invitó a los pacientes para que hicieran un uso libre de las palabras para expresar cantidades pequeñas y cantidades grandes. Una vez obtenidas 15 palabras diferentes, se procedió al acomodo jerárquico de las mismas (de menor a mayor cantidad). Posteriormente se seleccionaron las palabras de acuerdo a su claridad y sintaxis correcta, quedando 8 palabras para la escala tipo Lickert.

Se elaboraron 8 tarjetas en las que se escribió cada una de las palabras seleccionadas y se pidió a otros 30 pacientes que ordenaran jerárquicamente las tarjetas de acuerdo al uso convencional que cada uno le da a las palabras. Se realizó un análisis de frecuencias de la utilización y jerarquización de las palabras, con estos resultados se eliminaron tres palabras que se utilizaban como sinónimos.

Se repitió el procedimiento de las tarjetas con las 5 palabras restantes a 30 pacientes más, para lo cual se utilizaron 5 contenedores de 200 ml con medidas distintas de semillas que representaran gráficamente diferentes cantidades, los pacientes acomodaron las tarjetas en cada contenedor de acuerdo a su apreciación de cantidad. Una vez realizado el análisis descriptivo de la información, la escala de respuestas obtenida fue: nada, poco, ni mucho ni poco, mucho y muchísimo. Finalmente se integró esta escala de respuestas al cuestionario, este mismo procedimiento se llevó a cabo para la construcción de todas las opciones de respuesta incluidas en el cuestionario.

Además de modificar los 8 ítems, se realizaron correcciones de estilo a 4 preguntas, se incluyeron 3 nuevas preguntas que se encuentran relacionadas con el proceso de atención de los pacientes que reciben atención en las clínicas que tienen como característica tener expediente electrónico e integración de grupos de apoyo. Estas modificaciones suman 15 preguntas, de las cuales 3 son nuevas, por lo que se aplicaron 30 cuestionarios contruidos sólo con estos ítems, dado que

en el resto de preguntas, (31) se observaron resultados favorables para su comprensión. La tasa de respuesta obtenida durante este proceso fue del 96%.

Se decidió aplicar estos 30 cuestionarios en una UMF diferente en cuanto a situación geográfica (Estado de México) con la finalidad de probar la comprensión del instrumento en otro tipo de población y culminar con la validación de contenido. Sin embargo nos encontramos con que, de los 30 pacientes entrevistados sólo 11 contestaron todo el cuestionario y el resto presentó problemas para la comprensión de poco menos de la mitad de las preguntas.

Para resolver este problema se decidió replantear las preguntas con base en la revisión de la literatura, consulta con los expertos y “reconstrucción” del instrumento con base en la técnica de redes semánticas.

Se inició con la entrevista a 10 pacientes seleccionados por cuota en la sala de espera a los cuales se les preguntó acerca del significado que para ellos tenía la satisfacción del usuario, con lo que se estructuró una serie de 5 frases referentes a la satisfacción; entonces, se integraron 3 grupos con 6 pacientes diabéticos y/o hipertensos cada uno, estos pacientes fueron usuarios asiduos a los servicios de la UMF, uno de los grupos se encontraba en proceso de ser incluido al programa “servicios de enlace” que lleva a cabo el centro de seguridad social cercano a la unidad.

El trabajo que se realizó con cada grupo de manera independiente consistió en la exploración de lo que los pacientes entendían por satisfacción del usuario mediante frases libres las cuales coincidieron en gran parte con los resultados obtenidos con los 10 pacientes entrevistados, posteriormente se utilizaron 5 frases básicas: 1) mi clínica, 2) mi médico familiar, 3) el trato que me dan en la clínica, 4) lo que me agrada de los servicios y 5) lo que me desagrada de los servicios. Con cada una de estas frases los pacientes escribieron y mencionaron (pacientes que no sabían leer, escribir o tenían alguna discapacidad para hacerlo) varias palabras relacionadas con las frases básicas.

Posteriormente se pidió a los pacientes que ordenaran jerárquicamente por orden de importancia la palabra más cercana y la más lejana a la frase básica, con base en el orden y la frecuencia de las palabras, se eliminaron los sinónimos, aquellas menos frecuentes y más lejanas de la frase, quedando en promedio 12 palabras por cada frase básica. Estas palabras fueron utilizadas para escribir los ítems.

El cuestionario finalmente quedó conformado con 42 ítems, de los cuales 12 son ideas del cuestionario validado en España, dado que incluyeron tópicos abordados por los pacientes con la técnica de redes semánticas. Esta versión fue aplicada sólo a 70 usuarios, dada la saturación teórica en 2 unidades, la tasa de respuesta fue del 93.1%.

Se realizó un nuevo análisis de los resultados y revisión por los expertos de la penúltima versión del SAUDH-UMF, se realizaron modificaciones en función del orden de las preguntas. En total se realizaron y revisaron 5 versiones diferentes del instrumento y la última versión fue aplicada a 200 pacientes.

Validación de contenido

Para realizar la validación de contenido, se seleccionaron a 5 expertos (2 hombres y 3 mujeres). Los expertos fueron seleccionados a través del reconocimiento de la comunidad científica. El grupo estuvo integrado por un investigador con experiencia en el diseño y validación de instrumentos de medición, un médico familiar con experiencia en la atención a pacientes diabéticos e hipertensos, un investigador con experiencia en el estudio de la satisfacción, una psicóloga con experiencia en análisis psicométrico y un investigador con experiencia en el desarrollo de encuestas de satisfacción del usuario.

Todos los expertos tenían más de 3 años de experiencia en su ramo, uno de los expertos labora en la iniciativa privada, pero conoce los procesos de atención del IMSS.

El trabajo de los expertos consistió en la revisión individual de varias versiones del cuestionario aplicadas a los usuarios. Las revisiones estuvieron centradas en la pertinencia de los contenidos de cada una de las dimensiones establecidas para medir satisfacción en términos de su definición y afinidad con todas las dimensiones de la variable.

Cada miembro evaluó los ítems de cada versión del instrumento por separado y el instrumento en su totalidad. Se realizaron las modificaciones sugeridas por los expertos tanto en contenido como en forma.

Aspectos Éticos

La presente investigación se considera de riesgo mínimo, de acuerdo al artículo 17 fracción II del reglamento de la Ley federal de salud de México en materia de investigación para la salud, ya que el paciente no fue sometido a ningún procedimiento invasivo. Se realizó una invitación verbal al paciente para participar en el estudio, una vez que el paciente aceptó participar voluntariamente y sin coerción (Código de Nuremberg), se le proporcionó una amplia explicación de los objetivos del proyecto, así como la garantía de confidencialidad en la información proporcionada, dada la naturaleza de ésta.⁴⁸

Análisis estadístico

El análisis inicialmente comprendió estadística descriptiva. Se determinaron las frecuencias simples para cada pregunta del instrumento, incluyendo el cálculo de las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y de proporciones para variables cualitativas.

Para la validez de constructo se realizó un análisis de factores en dos sentidos: inicialmente un análisis factorial exploratorio que permitió establecer con mayor certeza el número de factores extraídos, además de establecer la factibilidad de aplicación de este método. Seguidamente se realizó un análisis confirmatorio que permitió realizar un mejor ajuste de las puntuaciones factoriales.

Se aplicó la prueba alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad como consistencia interna y para identificar la posible correlación entre las preguntas.

Para determinar el nivel de satisfacción todos los ítems fueron recodificados, se consideró la mediana y la desviación estándar para establecer el punto de corte de la medición de la satisfacción, lo cual permitió identificar a los usuarios muy satisfechos y los muy insatisfechos.^{49, 50}

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 14.0.

Capítulo III

Resultados

A continuación se presentan los resultados que se obtuvieron de las respuestas emitidas por las personas a los que se les aplicó el instrumento para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con Diabetes y/o Hipertensión en Unidades de Medicina Familiar (SAUDH-UMF).

Los resultados se presentan en tres momentos; en el primero se muestra el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y socio médicas de los usuarios participantes en el estudio, además del análisis descriptivo de cada una de las preguntas incluidas en el instrumento.

En un segundo momento se describen los resultados de la técnica del análisis multivariado, denominado análisis factorial (parte medular de este análisis estadístico), que tiene la finalidad de reducir la dimensionalidad del instrumento y de esta manera, facilitar el análisis e interpretación de los datos, esperando la menor pérdida de información posible.

Es importante mencionar que en el análisis factorial, no se tiene una hipótesis a priori sobre la estructura de los datos y sus interrelaciones posibles, (el análisis factorial pertenece a la rama de la estadística denominada análisis multivariado).

Con este método se obtuvieron los diferentes factores, que son variables de síntesis no correlacionadas entre sí que adjuntan el mayor porcentaje de varianza explicada, de esta forma se describe en forma sintética la gran acumulación de datos de todo el instrumento.

Con este método se conformó, una nueva estructura (con base en las respuestas de los usuarios), que al contrastarse con la estructura propia que presenta el instrumento, permitió formular un nuevo orden, o bien respetar el propio del instrumento. Adicionalmente se examinó la consistencia interna del nuevo orden, utilizando el estadístico alpha de Cronbach.

En un tercer momento se describe el procedimiento para obtener el nivel de satisfacción por la atención en pacientes diabéticos y/o hipertensos en Unidades de Medicina Familiar.



Análisis descriptivo

75% de los participantes fueron mujeres, la mediana de edad fue de 61 años con un intervalo de 27 a 83 años. El 62% vivía con pareja, predominando los usuarios con escolaridad de primaria y con trabajo no remunerado en el hogar.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variables		n = 200 %
Sexo		
	Mujeres	75.5
	Hombres	24.5
Edad		
	Media	60.55
	Moda	54
	Mediana	61.0
	Desviación estándar	12.29
	Rango	56
	Mínimo	27
	Máximo	83
	Percentiles	
	25	53
	50	61
	75	71
Estado civil		
	No unido	38.0
	Unido	62.0
Escolaridad		
	Iletrada	5.5
	Sabe leer y escribir	14.0
	Primaria	54.0
	Secundaria	8.5
	Preparatoria o nivel técnico	9.5
	Licenciatura o más	8.5
Actividad actual		
	Trabaja	29.0
	Jubilado o pensionado	22.5
	Desempleado	.5
	Trabajo no remunerado del hogar	48.0

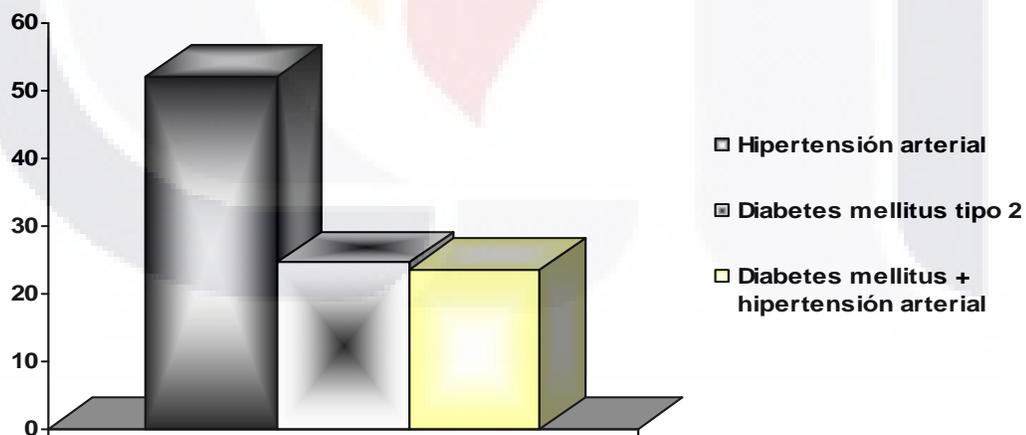
En la siguiente gráfica se muestra que más de la mitad de los usuarios tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus tipo 2 y menos de la cuarta parte de los usuarios entrevistados reportaron padecer ambas enfermedades (gráfica 1).

La mediana de tiempo de evolución para los usuarios con diabetes mellitus fue de 12 años, mientras que para los usuarios con hipertensión arterial fue de 5.5 años con un máximo de 45 años de evolución de la enfermedad.

El 64% de los usuarios reportaron ser beneficiarios de los servicios de salud, ya sea por parte de su pareja o de alguno de sus hijos (as).

En promedio los usuarios manifestaron tener 24 años de atenderse en el IMSS, el motivo de consulta más frecuente fue para el control de la enfermedad, mientras que el número de consultas en un año fue en promedio de 12 con un máximo de 21. (Tabla2)

Gráfica 1. Diagnóstico médico de los usuarios



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

Tabla 2. Características socio médicas

Variables	n = 200 %
Diagnóstico	
Diabetes mellitus tipo 2	24.5
Hipertensión arterial	52.0
Diabetes mellitus + hipertensión arterial	23.5
Tiempo de evolución de la diabetes mellitus (años)	
Media	13.3
Mediana	12.2
Desviación estándar	10.3
Mínimo	>1año
Máximo	45
Tiempo de evolución de la hipertensión arterial	
Media	11.48
Mediana	5.50
Desviación estándar	11.5
Mínimo	>1año
Máximo	45
Derechohabiencia	
Asegurado	36.0
Beneficiario	64.0
Años de derechohabiencia	
Media	24.5
Mediana	24.5
Desviación estándar	14.0
Mínimo	1
Máximo	50
Motivo de consulta	
Control de la enfermedad	74.0
Estudios de laboratorio o gabinete	3.0
Otro motivo de salud	11.0
Realización de tramites	2.5
Acompañamiento	9.5
Número de consultas en los últimos 12 meses	
Media	12.01
Mediana	12.0
Desviación estándar	3.0
Mínimo	1
Máximo	21

Una de las preguntas incluidas en el SAUDH-UMF fue la percepción del estado de salud de los usuarios, dado que es uno de los aspectos que pueden modificar la satisfacción del paciente.

El 51% de los pacientes diabéticos consideran que su estado de salud en el último año ha sido bueno, mientras que más del 30% de los pacientes hipertensos lo reportaron como ni bien ni mal. Sólo el 2.1% de los pacientes con ambas enfermedades tuvieron una muy buena percepción de su estado de salud.

Tabla 2a. Percepción del estado de salud de los usuarios

Pregunta DG13

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy mal	8.2	6.7	6.4
Mal	10.2	9.6	12.8
Ni bien ni mal	16.3	37.5	29.8
Bien	51.0	32.7	48.9
Muy bien	14.3	13.5	2.1

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las respuestas a cada pregunta del instrumento, para una mejor interpretación de los datos, el análisis se realizó con base al diagnóstico médico.

Más de la mitad de los pacientes diabéticos e hipertensos consideran que la clínica se encuentra muy bien organizada, mientras que el 92.3% de los hipertensos opinaron que la clínica está bien organizada. El 22.4% de los pacientes diabéticos consideran que la organización es muy mala.

Tabla 3. Opinión acerca de la organización de la clínica

Pregunta 1

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy mal	22.4	0.0	0.0
Mal	24.5	0.0	0.0
Ni bien ni mal	53.1	7.7	0.0
Bien	0.0	92.3	40.4
Muy bien	0.0	0.0	59.6

En la siguiente tabla se aprecia que más del 70% de la población encuestada opinó que los horarios de atención en la clínica son adecuados, el 22.5% de los pacientes diabéticos consideraron que los horarios son inadecuados.

Tabla 4. Opinión con los horarios de atención

Pregunta 2

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy inadecuados	0.0	10.0	0.0
Inadecuados	22.5	5.8	6.4
Ni adecuados ni inadecuados	6.1	1.8	2.1
Adecuados	71.4	82.7	70.2
Muy adecuados	0.0	8.7	21.3

Alrededor del 80% de los usuarios con hipertensión arterial estiman que es fácil realizar cualquier trámite en la clínica, mientras que para los diabéticos esta opinión la comparte el 34.7%.

Tabla 5. Facilidad para realizar trámites en la clínica

Pregunta 3

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy difícil	4.1	0.0	4.3
Difícil	6.1	5.8	6.4
Ni fácil ni difícil	24.5	4.8	4.3
Fácil	34.7	79.8	57.3
Muy fácil	30.6	9.6	27.7

Al preguntar a los usuarios su opinión acerca de la limpieza de la clínica más del 60% de los usuarios la calificaron como buena, porcentajes por debajo del 20% le otorgaron calificación de muy buena.

Tabla 6. Calificación de la limpieza de la clínica

Pregunta 4

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy mala	10.3	1.9	4.3
Mala	0.0	0.0	0.0
Ni buena ni mala	2.0	13.5	14.9
Buena	61.2	76.0	66.0
Muy buena	26.5	8.6	14.8

Alrededor del 70% de los usuarios independientemente del padecimiento calificó la comodidad de las instalaciones en la clínica como buenas y sólo el 6.1% de los usuarios diabéticos las calificó como muy malas.

Tabla 7. Calificación de la comodidad de las instalaciones de la clínica

Pregunta 5

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy malas	6.1	0.0	0.0
Malas	0.0	0.0	0.0
Ni buenas ni malas	10.2	12.5	14.9
Buenas	69.4	79.8	68.1
Muy buenas	14.3	7.7	17.0

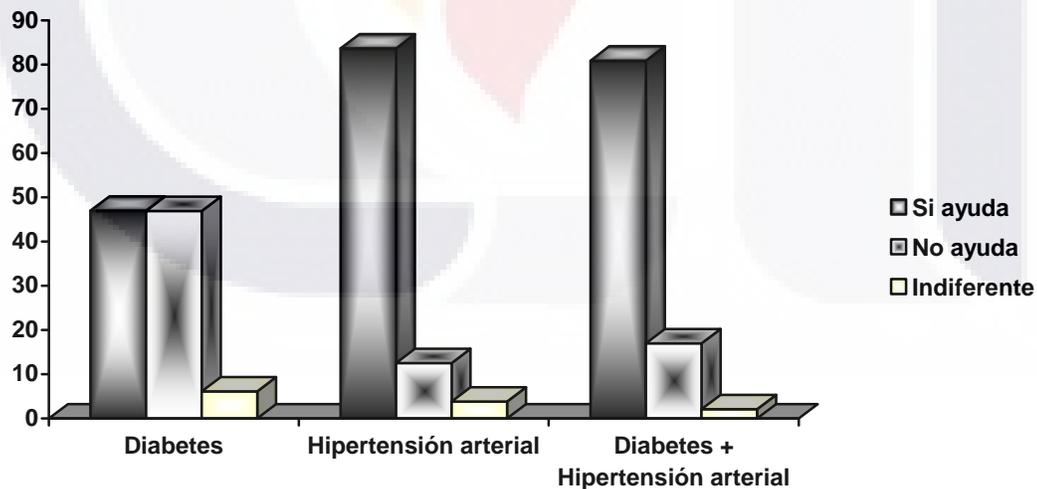
Más de la mitad de los pacientes hipertensos y los que refirieron diabetes más hipertensión opinaron que las computadoras en la clínica son útiles para una mejor atención, mientras que los pacientes diabéticos presentan opiniones divididas.

Tabla 8. Utilidad del uso de las computadoras para una mejor atención

Pregunta 6

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Si ayuda	47.0	83.7	80.9
No ayuda	46.9	12.5	17.0
Indiferente	6.1	3.8	2.1

Gráfica 2. Utilidad del uso de computadoras



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

Entre el 50 y 80% de los usuarios externaron la necesidad de que la clínica contará con otros servicios adicionales a los que proporciona (Tabla 9). El 33.4% de los diabéticos consideraron necesario el servicio de otorrinolaringología, mientras que el 41.3 de los hipertensos el servicio de angiología (Tabla 9 a).

Tabla 9. Necesidad de algún servicio que no se proporciona en la clínica

Pregunta 7

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Si necesita algún servicio	51.0	79.8	76.6
No necesita algún servicio	42.9	16.4	19.1
Indiferente	6.1	3.8	4.3

Tabla 9 a. Servicios que el usuario necesita que se otorguen en la clínica

Pregunta 7

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Psicología	9.5	5.8	22.3
Cardiología	28.6	11.7	11.1
Angiología	0.0	41.3	11.1
Grupo de apoyo	4.7	23.5	11.1
Otorrinolaringología	33.4	6.0	11.1
Otros	23.8	11.7	33.3

El 46.8% de los usuarios con diabetes e hipertensión refirieron tener mucha confianza en la atención que reciben en la clínica, mientras que el 12.2% de los usuarios diabéticos mencionó no tener nada de confianza, cabe mencionar que el 38.8% de estos mismos pacientes tienen mucha confianza en la atención.

Tabla 10. Confianza en la atención que se proporciona en la clínica

Pregunta 8

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nada	12.2	0.0	0.0
Poca	14.3	0.0	2.2
Ni poca ni mucha	18.4	30.8	25.5
Mucha	38.8	45.2	46.8
Muchísima	16.3	24.0	25.5

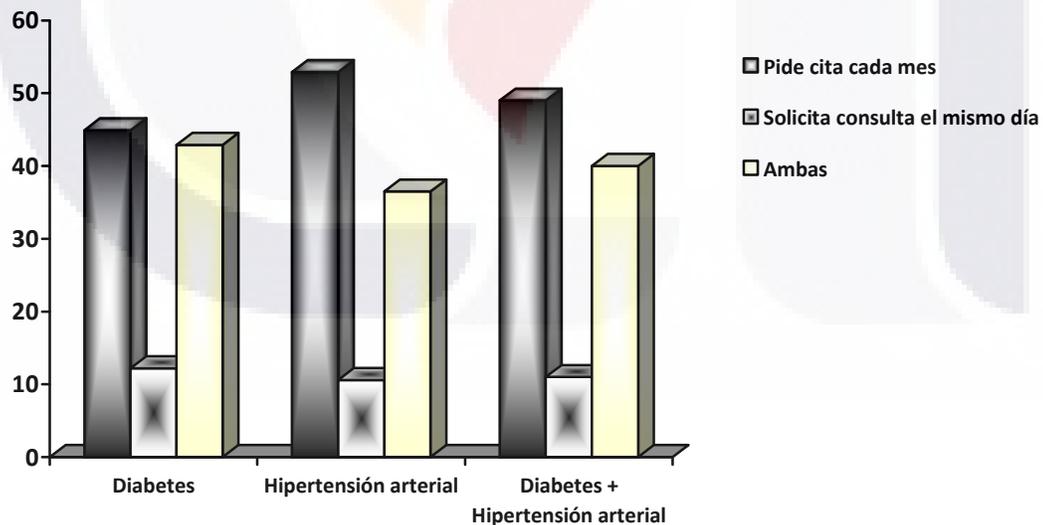
Cerca de la mitad de la población estudiada acude a consulta cada mes mediante cita previamente programada o consulta espontánea el mismo día que requiere de la atención médica, Sólo el 10% de los pacientes solicitan consulta espontánea.

Tabla 11 Procedimientos para obtener consulta con su médico familiar

Pregunta 9

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Pide cita cada mes	44.9	52.9	44.7
Solicita consulta el mismo día	12.2	10.6	10.6
Ambas (las 2 anteriores)	42.9	36.5	44.7

Gráfica 3. Procedimiento para obtener consulta



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

El 53.2% de los pacientes con diabetes e hipertensión reportaron que siempre se les programa su cita médica para el día que ellos lo desean, mientras que el 49% de los diabéticos argumentó que nunca.

Tabla 12. Frecuencia de otorgamiento de consulta para el día deseado

Pregunta 10

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	49.0	23.0	25.5
Casi nunca	6.1	0.0	2.2
Algunas veces	10.2	22.1	8.5
Casi siempre	6.1	8.7	10.6
Siempre	28.6	46.2	53.2

Más del 80% de la población participante refirió que siempre que acude a consulta son vistos por el médico familiar asignado a su consultorio, sólo un porcentaje menor al 2% confirmó que casi nunca son vistos por el médico familiar asignado a su consultorio.

Tabla 13. Frecuencia de atención médica el día de la consulta

Pregunta 11

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	0.0	0.0	0.0
Casi nunca	2.0	1.0	2.1
Algunas veces	2.0	3.8	2.2
Casi siempre	14.4	11.5	0.0
Siempre	81.6	83.7	95.7

Al preguntar a los usuarios su opinión acerca de las mejoras que requiere la clínica, cerca del 40% de los pacientes hipertensos y con diabetes + hipertensión estimaron que no era necesaria ninguna mejora, mientras que el 28% de los usuarios diabéticos consideraron la importancia de no cambiar tanto a los médicos familiares de su consultorio.

Tabla 14. Percepción de usuarios de las mejoras que requiere la clínica

Pregunta 12

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
No cambiar de médico	28.6	16.3	19.1
Mejorar la atención a los derechohabientes	4.1	7.7	2.1
Mejorar la atención del médico	10.2	5.8	12.8
Mejorar el surtimiento de medicamentos	16.3	3.8	4.3
Mejorar el equipo y las instalaciones	8.2	5.8	6.4
Mejorar la limpieza de la clínica	4.1	8.7	8.5
Reducir el tiempo de espera	4.1	5.8	2.1
Mejorar el trabajo de la asistente médica	6.0	3.8	0.0
No requiere ninguna mejora	18.4	42.3	44.7

Alrededor del 40% de la población refirió haber asistido en los últimos 12 meses al servicio de urgencias con algún médico privado.

El 53% de los pacientes diabéticos y el 48.9% de los diabéticos + hipertensos refirieron no haber asistido a ningún servicio de urgencias, llama la atención que ningún paciente solicitó atención a domicilio.

Tabla 15. Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses

Pregunta 14

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Atención a domicilio	0.0	0.0	0.0
Atención en urgencias de algún hospital público	0.0	3.8	4.3
Atención de urgencias con médico privado	38.8	42.3	34.0
Atención en urgencias de la clínica	8.2	19.2	12.8
Sin asistencia a ningún servicio de urgencias	53.0	34.7	48.9

El 100% de los pacientes diabéticos manifestaron estar ni satisfechos ni insatisfechos por el servicio que recibieron en urgencias.

47% de los pacientes hipertensos externó satisfacción, en tanto el 40% de los pacientes con ambas enfermedades se dijo muy satisfecho por el servicio recibido en urgencias de la clínica.

Tabla 16. Satisfacción con el servicio que recibió en urgencias

Pregunta 15

Categoría	Diabetes n = 3 %	Hipertensión arterial n = 17 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 5 %
Muy insatisfecho	0.0	5.9	20.0
Insatisfecho	0.0	29.4	20.0
Ni satisfecho ni insatisfecho	100	0.0	0.0
Satisfecho	0.0	47.1	20.0
Muy insatisfecho	0.0	17.6	40.0

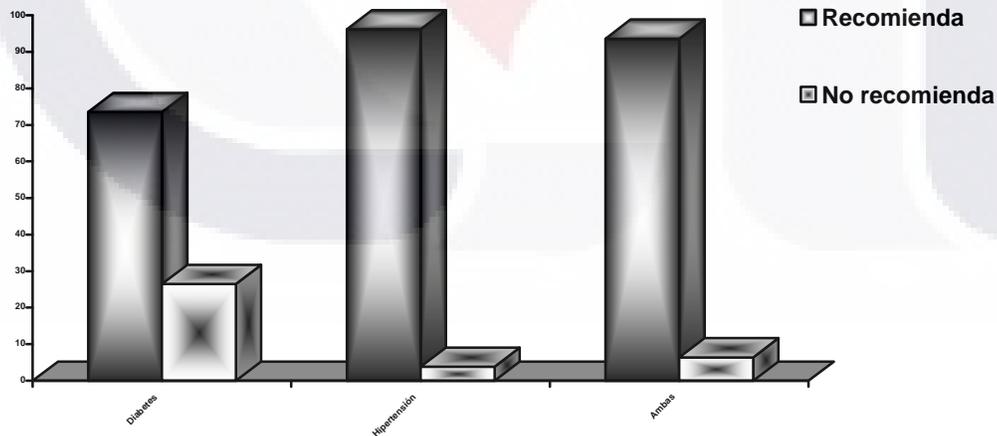
Más del 90% de los pacientes con hipertensión y con diabetes más hipertensión recomendarían a sus familiares y amigos que se atendieran en la clínica, mientras que el 26.5% de los pacientes diabéticos no harían esta recomendación.

Tabla 17. Recomendación de atención en la clínica a familiares y amigos

Pregunta 16

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Si la recomienda	73.5	96.2	93.6
No la recomienda	26.5	3.8	6.4

Gráfica 4. Recomendación de la clínica



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

Más del 50% de los pacientes diabéticos manifestaron que el médico familiar casi nunca y nunca les proporciona información acerca de la dieta, poco más del 40% de los paciente hipertensos refirieron recibir esta información casi siempre y siempre.

A este respecto, la opinión de los pacientes con ambas enfermedades, reportó que el 31.9% recibe información acerca de la dieta para el control de su enfermedad algunas veces.

**Tabla 18. Periodicidad con la que el médico familiar proporciona información al paciente acerca de la dieta
Pregunta 17**

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	40.8	27.0	25.6
Casi nunca	12.2	9.6	10.6
Algunas veces	18.4	20.2	31.9
Casi siempre	10.2	26.9	23.4
Siempre	18.4	16.3	8.5

Los pacientes hipertensos y diabéticos manifestaron en poco más del 50%, que nunca reciben información de su médico familiar acerca de la realización de ejercicio físico, en tanto, sólo el 27.7% de los pacientes con ambas enfermedades reciben esta información algunas veces.

**Tabla 19. Periodicidad con la que el médico familiar proporciona información al paciente acerca de la realización de ejercicio físico
Pregunta 18**

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	59.2	54.8	44.7
Casi nunca	6.1	3.8	4.3
Algunas veces	8.2	13.5	27.7
Casi siempre	24.5	15.4	14.8
Siempre	20.0	12.5	8.5

Entre el 60 y 85% de los pacientes informaron que nunca recibieron información de su médico familiar acerca de las posibles reacciones que pueden presentar por el uso de los medicamentos.

Cabe señalar que el 17% de los pacientes con ambas enfermedades manifestaron recibir esta información casi siempre

**Tabla 20. Periodicidad con la que el médico familiar proporciona información al paciente acerca de posibles reacciones por el uso de medicamentos
Pregunta 19**

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	85.7	76.0	59.6
Casi nunca	4.1	5.8	19.1
Algunas veces	4.1	7.7	4.3
Casi siempre	6.1	10.6	17.0
Siempre	0.0	0.0	0.0

Más del 50% de los pacientes expresaron que el médico familiar tiene entre mucha y muchísima condescendencia para permitirles expresar su opinión acerca de los tratamientos que les propone, cabe señalar que alrededor del 20% de los pacientes con hipertensión o diabetes reportaron que esta condescendencia es poca o ninguna, no así los pacientes con ambas enfermedades (2.1%).

Tabla 21. Condescendencia del médico familiar para que el paciente exprese su opinión acerca del tratamiento
Pregunta 20

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Ninguna	18.4	18.3	2.1
Poca	2.0	4.8	2.1
Ni poca ni mucha	24.5	18.3	29.8
Mucha	24.5	38.4	36.2
Muchísima	30.6	20.2	29.8

Independientemente del diagnóstico la mayoría de los pacientes expresaron que el médico familiar siempre aclara sus dudas con respecto al tratamiento, sin embargo el 34.7% de los pacientes diabéticos consideró que esta condición no ocurre nunca.

Tabla 22. Periodicidad con la que el médico familiar aclara dudas al paciente con respecto al tratamiento
Pregunta 21

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	34.7	6.8	4.3
Casi nunca	0.0	1.9	0.0
Algunas veces	14.3	31.7	19.1
Casi siempre	4.1	20.2	14.9
Siempre	46.9	39.4	61.7

Los pacientes hipertensos y con diabetes más hipertensión manifestaron entender mucho la información que les proporciona su médico familiar con el 48.1% y el 34% respectivamente.

28.6% de la población con diabetes consideró entender entre poco y nada la información proveniente de su médico familiar.

Tabla 23. Entendimiento de la información del médico familiar

Pregunta22

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nada	12.3	1.9	0.0
Poco	16.3	17.3	12.8
Ni poco ni mucho	30.6	17.3	21.3
Mucho	10.2	48.1	34.0
Muchísimo	30.6	15.4	31.9

81.6% de los pacientes diabéticos revelaron que el médico familiar nunca les revisa sus pies durante la consulta, 50% de los pacientes con hipertensión y ambas enfermedades comparten esta opinión. Sin embargo, 20% de estos mismos pacientes notificaron que su médico familiar siempre les revisa sus pies.

Tabla 24. Periodicidad con la que el médico familiar revisa los pies del paciente
Pregunta 23

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	81.6	49.0	48.9
Casi nunca	6.1	10.6	10.6
Algunas veces	10.2	9.6	12.8
Casi siempre	0.0	5.8	6.4
Siempre	2.1	25.0	21.3

Más del 70% de los pacientes que contestaron el instrumento declararon que el médico familiar siempre les toma su presión arterial, cabe mencionar que 2% de los pacientes hipertensos revelaron que nunca le es tomada la presión arterial durante la consulta.

Tabla 25. Periodicidad con la que el médico familiar toma la presión arterial

Pregunta 24

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	4.1	2.0	0.0
Casi nunca	0.0	0.0	0.0
Algunas veces	4.1	6.7	4.2
Casi siempre	20.4	14.4	6.4
Siempre	71.4	76.9	89.4

Del 34.7% al 57.7% de los usuarios con diabetes y/o hipertensión opinaron que la exploración física que realiza el médico familiar durante la consulta es buena, sin embargo el 26.6% de los pacientes diabéticos y el 11.5 de los hipertensos opinó que la exploración física es muy mala.

Tabla 26. Calificación del paciente acerca de la exploración física que realiza el médico familiar
Pregunta 25

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy mala	26.6	11.5	2.1
Mala	10.2	10.6	4.3
Ni buena ni mala	26.5	9.6	10.6
Buena	34.7	57.7	55.3
Muy buena	20.0	10.6	27.7

Más del 70% de los pacientes con hipertensión arterial y con ambas enfermedades calificaron el tratamiento que les proporciona su médico familiar como bueno, mientras que el 46.9% de los pacientes diabéticos comparte esta opinión, aunque el 6.2% estimó que el tratamiento es muy malo.

Tabla 27. Calificación del paciente acerca del tratamiento que le proporciona el médico familiar para el control de su enfermedad
Pregunta 26

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy malo	6.2	0.0	0.0
Malo	0.0	1.0	0.0
Ni bueno ni malo	26.5	12.5	8.5
Bueno	46.9	75.0	70.2
Muy bueno	20.4	11.5	21.3

Independientemente del padecimiento más del 70% de los usuarios estiman que el tiempo que el médico les dedica durante la consulta está entre poco y nada. El 26.6% de los usuarios con diabetes expresó que el médico le dedica mucho tiempo.

**Tabla 28. Opinión del paciente acerca del tiempo que el médico familiar le dedica durante la consulta
Pregunta 27**

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nada	10.2	16.3	34.0
Poco	57.1	56.7	46.8
Ni poco ni mucho	6.1	21.2	12.8
Mucho	26.6	3.8	6.4
Muchísimo	0.0	2.0	0.0

61.8% de los pacientes con ambas enfermedades consideraron estar satisfechos con la atención de su médico familiar, al igual que los pacientes hipertensos con el 54.7%.

Aunque 40.8% de los de los pacientes diabéticos manifestaron estar satisfechos, el 24.5% consideró encontrarse muy insatisfecho con su médico familiar.

Tabla 29. Satisfacción del paciente con la atención del médico familiar

Pregunta28

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy insatisfecho	24.5	9.6	2.1
Insatisfecho	4.1	1.0	0.0
Ni satisfecho ni insatisfecho	6.1	13.5	2.1
Satisfecho	40.8	54.7	61.8
Muy satisfecho	24.5	21.2	34.0

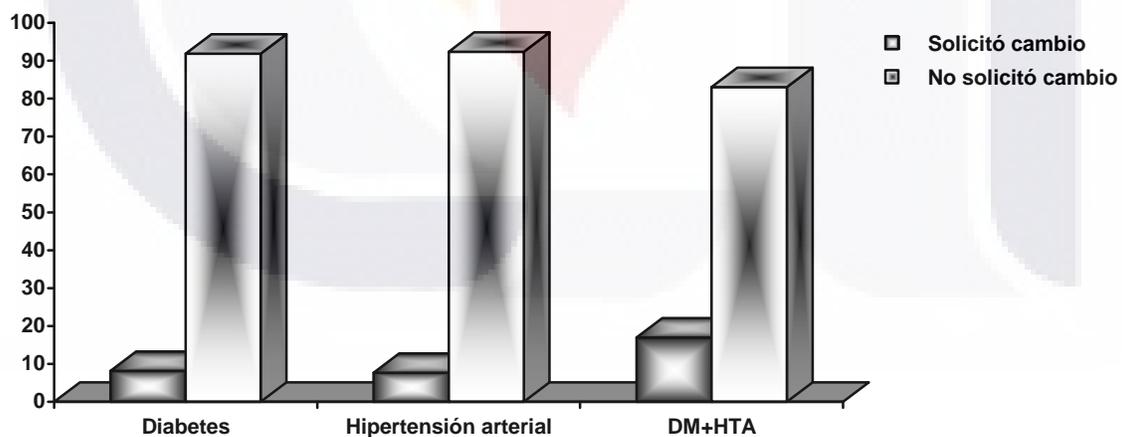
Más del 90% de los pacientes con hipertensión o diabetes nunca ha solicitado cambio de médico familiar, en tanto el 17% de los pacientes con ambas enfermedades solicitó cambio alguna vez.

Tabla 30. Solicitud de cambio de médico familiar por parte del paciente

Pregunta 29

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Solicitó cambio	8.2	7.7	17.0
No solicitó cambio	91.8	92.3	83.0

Gráfica 5. Solicitud de cambio de médico



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

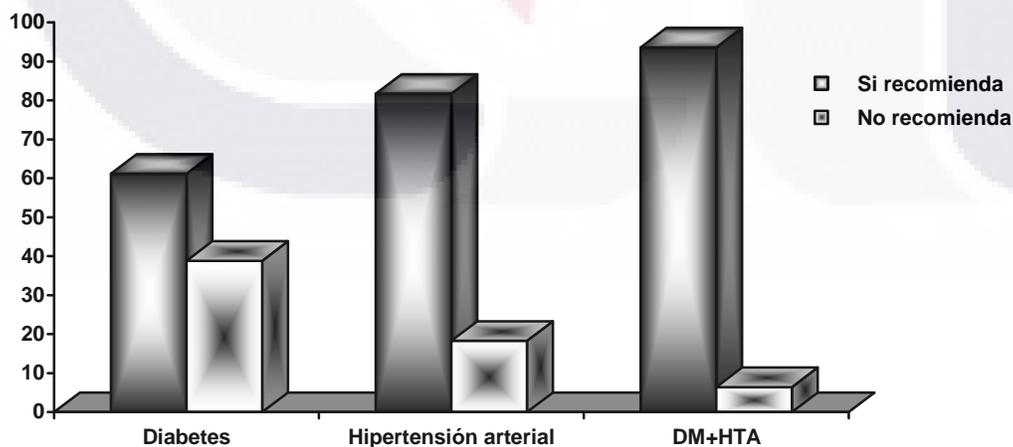
93.6% y 81.7% de los pacientes con ambas enfermedades e hipertensos respectivamente, recomendaría a sus familiares y amigos que se atiendan con su médico familiar.

38.8% de los pacientes diabéticos no recomendaría a su médico.

Tabla 31. Recomendación de la atención del médico familiar a familiares y amigos
Pregunta 30

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Si recomienda	61.2	81.7	93.6
No recomienda	38.8	18.3	6.4

Gráfica 6. Recomendación del médico familiar



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

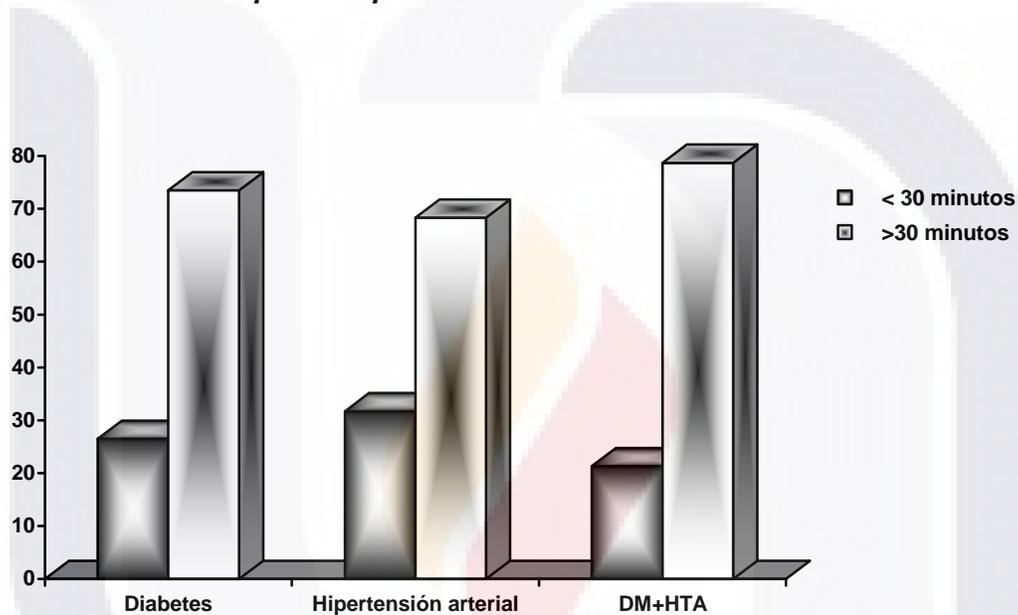
La media del tiempo de espera fue de 109.83 minutos, con un mínimo de 3 minutos y un máximo de tiempo de espera de 420 minutos (7 hrs.)

Tabla 32. Tiempo de espera en minutos desde la hora de la cita hasta recibir la consulta
Pregunta 31

Estadísticos		n = 200
Media		109.83
Moda		60.0
Mediana		60.0
Desviación estándar		92.0
Rango		417
Mínimo		3
Máximo		420
Percentiles	25	30
	50	60
	75	180

Independientemente del padecimiento más de la mitad de los pacientes reportaron un tiempo de espera mayor a 30 minutos de acuerdo al indicador de calidad en el IMSS.

Grafica 7. Tiempo de espera de acuerdo al indicador de calidad IMSS



Fuente. Instrumento SAUDH-UMF para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes y/o hipertensión en unidades de medicina familiar.

Alrededor del 30% de los pacientes independientemente del padecimiento opinaron que el tiempo de espera para recibir consulta es mucho, cabe señalar que el 27.6% de los pacientes con ambas enfermedades estimó que el tiempo de espera es nada.

Tabla 33. Opinión del paciente acerca del tiempo de espera

Pregunta 32

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nada	10.2	20.2	27.6
Poco	16.3	13.5	6.4
Ni poco ni mucho	14.3	15.4	23.4
Mucho	34.7	36.5	29.8
Muchísimo	24.5	14.4	12.8

El 100% de los pacientes independientemente de su enfermedad han recibido atención en los últimos 6 meses del médico familiar, asistente médica y personal de farmacia.

Cabe señalar que los pacientes expresaron haber tenido contacto con el resto del personal de salud en el siguiente orden descendente: trabajadora social, enfermera, dentista, nutricionista y personal del centro de seguridad social.

Tabla 34. Recepción de atención en la clínica en los últimos 6 meses por distintos proveedores de servicio
Pregunta 33

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Médico familiar	100	100	100
Enfermera	28.6	25.0	19.1
Dentista	12.2	22.1	19.2
Asistente médica	100	100	100
Trabajadora social	20.4	26.9	29.8
Nutricionista	10.2	17.3	14.9
Personal de farmacia	100	100	100
Personal del centro de seguridad Social (CSS)	14.3	12.5	8.5

Independientemente de su enfermedad, el 48.5% de los pacientes calificaron al médico familiar como amable y sólo 5% como nada amable.

De acuerdo con la opinión de los pacientes el proveedor de servicio más amable es la enfermera, mientras que el nada amable es el personal de intendencia, cabe señalar que el 74.1% de los pacientes opinaron que el personal de vigilancia es amable.

Tabla 35. Opinión del paciente acerca de la amabilidad de los proveedores de servicio pregunta 34

Categoría	Nada amable	Poco amable	Ni muy amable ni nada amable	Amable	Muy amable
	n = 200 %				
Médico familiar	5.0	0.0	14.5	48.5	32.0
Enfermera	0.0	0.0	12.7	36.2	51.1
Dentista	10.3	7.7	7.7	48.7	25.6
Asistente médica	3.5	3.0	16.5	59.0	18.0
Trabajadora social	9.6	1.9	1.9	53.8	32.8
Nutricionista	6.7	0.0	13.3	63.3	16.7
Personal de farmacia	6.0	2.0	19.5	63.5	9.0
Personal del centro de seguridad Social (CSS)	0.0	12.5	8.3	41.7	37.5
Personal de laboratorio	2.0	1.0	8.0	65.0	24.0
Personal de intendencia	21.6	2.7	13.5	62.2	0.0
Vigilancia	0.0	0.0	7.1	74.1	18.8

Más del 60% de los pacientes se encuentran satisfechos con la atención de la asistente médica, sin embargo el 12.3 de los pacientes diabéticos mencionó estar muy insatisfecho con esta atención.

Tabla 36. Satisfacción del paciente con la atención de la asistente médica

Pregunta 35

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy insatisfecho	12.3	0.0	0.0
Insatisfecho	0.0	1.9	2.2
Ni satisfecho ni insatisfecho	16.3	23.1	14.9
Satisfecho	61.2	61.5	63.8
Muy insatisfecho	10.2	13.5	19.1

Poco más del 50% de los pacientes con hipertensión arterial o diabetes manifestaron que la trabajadora social tiene muy buena disposición para escucharlos cuando lo necesitan, 15.4% de los pacientes con ambas enfermedades consideró que la disposición fue ni buena ni mala.

Tabla 37. Disposición de la trabajadora social para escuchar al paciente

Pregunta 36

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy mala	10.0	10.3	7.7
Mala	10.0	0.0	7.7
Ni buena ni mala	10.0	3.4	15.4
Buena	20.0	31.0	38.5
Muy buena	50.0	55.2	30.8

Alrededor del 50% de los pacientes indicaron que siempre le son surtidos sus medicamentos completos en la farmacia de la clínica, 30.6% de los pacientes diabéticos mencionaron que algunas veces y casi nunca les proporcionan todos sus medicamentos.

Tabla 38. Periodicidad del surtimiento completo de medicamentos al paciente en la farmacia de la clínica
Pregunta 37

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	0.0	0.0	0.0
Casi nunca	4.1	0.0	0.0
Algunas veces	26.5	7.7	17.0
Casi siempre	26.5	40.4	21.3
Siempre	42.9	51.9	61.7

57.7% de los pacientes hipertensos y 38.3% de los pacientes con ambas enfermedades señalaron que el personal de laboratorio siempre les explica las condiciones en las que tienen que presentarse para la toma de análisis, en contraste con el 36.7% de los pacientes diabéticos quienes refirieron nunca recibir esta información.

Tabla 39. Frecuencia con la que el personal de laboratorio le explica al paciente las condiciones necesarias para la toma de análisis
Pregunta 38

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Nunca	36.7	21.2	29.8
Casi nunca	0.0	2.9	2.1
Algunas veces	4.1	6.7	8.5
Casi siempre	34.7	11.5	21.3
Siempre	24.5	57.7	38.3

El 69.4% de los pacientes diabéticos refirió no haber utilizado el servicio del archivo clínico en el último año, los pacientes hipertensos y con ambas enfermedades si lo utilizaron en el 54.8% y 61.7% respectivamente.

Tabla 40. Utilización del servicio de archivo clínico en el último año

Pregunta 39

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Utilizó el servicio	69.4	45.2	38.3
No utilizó el servicio	30.6	54.8	61.7

El 52.7% y 37.9% de los pacientes hipertensos y con ambas enfermedades respectivamente manifestaron encontrarse satisfechos con la atención que recibieron en el archivo clínico; a pesar de que el 66.7% de los pacientes diabéticos comentaron estar satisfechos, 20% de ellos manifestaron encontrarse muy insatisfechos con la atención de este servicio.

Tabla 41. Satisfacción del paciente con el servicio de archivo clínico

Pregunta 40

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Muy insatisfecho	20.0	7.3	13.9
Insatisfecho	0.0	10.9	3.4
Ni satisfecho ni insatisfecho	13.3	9.1	17.2
Satisfecho	66.7	52.7	37.9
Muy insatisfecho	0.0	20.0	27.6

Alrededor del 80% de los pacientes no ha participado en los grupos de apoyo para el cuidado de su enfermedad, 22.1% de los pacientes hipertensos alguna vez ha participado.

Tabla 42. Participación del paciente en grupos de apoyo para el cuidado de su salud
Pregunta 41

Categoría	Diabetes n = 49 %	Hipertensión arterial n = 104 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 47 %
Participó	12.2	22.1	19.1
No participó	87.8	77.9	80.9

El 100% de los pacientes diabéticos que participó en algún grupo de apoyo, informó que le pareció muy bueno, seguido del 77.8% de los pacientes con ambas enfermedades.

17.4% de los pacientes hipertensos calificó a los grupos de apoyo como ni buenos ni malos.

Tabla 43. Opinión del paciente acerca de los grupos e apoyo

Pregunta 42

Categoría	Diabetes n = 6 %	Hipertensión arterial n = 23 %	Diabetes + hipertensión arterial n = 9 %
Muy malo	0.0	0.0	0.0
Malo	0.0	0.0	0.0
Ni bueno ni malo	0.0	17.4	0.0
Bueno	0.0	26.1	22.2
Muy bueno	100	56.5	77.8

Capítulo IV

Análisis Factorial

Para reducir el número de variables que conforman el instrumento SAUDH-UMF, se aplicó la técnica estadística denominada Análisis Factorial, además de buscar grupos homogéneos de variables. Estos grupos de variables se estructuran con las preguntas del instrumento que se correlacionan fuertemente entre sí, dicha técnica proporciona elementos para reconsiderar las preguntas del cuestionario y agruparlas de tal forma que permita caracterizar fácilmente el sentido del cuestionario.

Podemos decir que al aplicar un análisis factorial a las respuestas de los sujetos de este instrumento, se espera encontrar el menor número de grupos de variables con significado común (factores) y conseguir de esta manera reducir el número de dimensiones necesarias para brindar una mejor explicación a las respuestas vertidas. En suma, reducir el instrumento en el número mínimo de dimensiones posibles, permitió explicar el máximo de información contenida en los datos.

En un primer momento, se determina si es factible la aplicación del análisis factorial, considerando 200 instrumentos aplicados a usuarios diabéticos y/o hipertensos que acudieron a 3 unidades de medicina familiar del IMSS.

En relación a la matriz de correlaciones desprendida se observó que más del 90% de las probabilidades asociadas fueron estadísticamente significativas (considerando una $\alpha=0.05$), por lo que esta prueba permite proponer una solución factorial factible, pues en la matriz se encuentran grupos de variables que se correlacionan fuertemente entre sí. Además el determinante asociado a esta matriz desprendió un valor de $9.28E-010$, lo que dice es que las variables de la matriz están linealmente relacionadas, así pues los resultados que se obtuvieron de la matriz de correlaciones y el respectivo valor del determinante asociado a

ésta, permite considerar que existen elementos para proponer una solución factorial.

En relación a la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), el valor desprendido fue de 0.582. Para la prueba de esfericidad de Bartlett que contrasta la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones observadas es en realidad una matriz identidad ($H_0 = I$), suponiendo que los datos provienen de una distribución multivariada y considerando que el estadístico de Bartlett se distribuye con una Ji cuadrada, el valor desprendido fue de $\chi^2 = 3871.971$, con $gl = 630$, obteniéndose una probabilidad asociada de $p = 0.000$, (por lo que rechazamos H_0), por tanto podemos asegurar que la solución factorial será adecuada para explicar los datos.

De tal manera que los resultados anteriores, la fuerte correlación existente entre las preguntas que conforman el instrumento, el valor del determinante asociado a la matriz de correlaciones, la medida de adecuación (KMO) y el estadístico de Bartlett, determinan que es pertinente proponer una solución factorial.

En relación al método, se utilizará el definido como Componentes Principales, que es un método de extracción en el que los factores obtenidos son los autovalores de la matriz de correlaciones re-escalada.

A continuación se muestran las comunalidades iniciales y las comunalidades reproducidas por la solución factorial (extracción), cabe mencionar que la comunalidad de una variable es la proporción de su varianza que puede ser explicada por el método factorial. Analizando las comunalidades de la extracción podemos evaluar cuáles de las variables son poco explicadas por el modelo.

La siguiente tabla muestra los valores de extracción correspondiente en forma ascendente, en relación a la extracción.

Tabla 44. Comunalidades iniciales y reproducida orden descendente

No.	Pregunta del instrumento	Inicial	Extracción
11	¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia el médico lo ha atendido el día que usted viene a consulta?	1	0.529
19	¿Con qué frecuencia su médico le da información sobre las posibles reacciones que usted puede presentar por el uso de los medicamentos?	1	0.547
32	¿Usted considera que este tiempo de espera es?	1	0.614
12	En su opinión ¿qué es lo más importante que se debe mejorar en la clínica?	1	0.616
1	En general, ¿cuánta confianza tiene usted en la atención que le prestan en la clínica?	1	0.617
38	¿Con qué frecuencia el personal de laboratorio le explica las condiciones en las que usted tiene que venir para la toma de análisis?	1	0.653
7	¿Cree que hay algún servicio que usted necesite y que no se esté dando en la clínica?	1	0.685
24	Cuando usted ha venido a consulta ¿con qué frecuencia su médico familiar le toma la presión arterial?	1	0.686
17	¿Con qué frecuencia su médico le da información acerca de la dieta que debe seguir para el cuidado de su enfermedad?	1	0.689
26	¿Cómo califica usted el tratamiento que le da su médico familiar para el control de su enfermedad?	1	0.691
16	¿Les recomendaría a sus familiares o amigos que se atiendan en esta clínica?	1	0.693
6	¿Usted considera que el uso de las computadoras en la clínica ayuda para su mejor atención?	1	0.699
3	¿Qué tan fácil le resulta resolver los trámites en la clínica?	1	0.699
37	¿Con qué frecuencia en la farmacia de la clínica le dan todos sus medicamentos?	1	0.700
21	¿Con qué frecuencia su médico aclara las dudas que usted tiene con respecto a su tratamiento?	1	0.701
29	¿Ha solicitado usted alguna vez cambiar de médico familiar?	1	0.703
30	¿Les recomendaría a sus familiares o amigos al médico familiar que lo atiende en esta clínica?	1	0.708
22	¿Qué tanto entiende usted la información que le da su médico familiar?	1	0.714

Tabla 44 a. Comunalidades iniciales y reproducidas

No.	Pregunta del instrumento	Inicial	Extracción
18	¿Con qué frecuencia su médico le proporciona información acerca de la realización de ejercicio físico?	1	0.723
8	En general, ¿cuánta confianza tiene usted en la atención que le prestan en la clínica?	1	0.739
41	¿Qué le pareció el grupo de apoyo?	1	0.746
4	¿Cómo califica usted la limpieza de la clínica?	1	0.746
34 a	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad de su médico familiar?	1	0.747
23	Cuando usted ha venido a consulta ¿con qué frecuencia su médico familiar le revisa los pies?	1	0.749
2	¿Qué tan adecuados le resultan los horarios de atención de la clínica?	1	0.750
39	En el último año ¿usted ha utilizado el servicio de archivo clínico?	1	0.763
34 d	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad del personal de laboratorio?	1	0.771
10	¿Con qué frecuencia le dan la cita para el día que usted la solicita?	1	0.772
5	¿Cómo califica la comodidad de las instalaciones de la clínica?	1	0.777
27	¿Usted considera que el tiempo que le dedica su médico durante la consulta es?	1	0.779
28	¿Qué tan satisfecho está con su médico familiar?	1	0.780
20	¿Qué tanto le permite el médico dar su opinión sobre los tratamientos que le propone?	1	0.798
34 c	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad del personal de farmacia?	1	0.802
25	¿Cómo califica usted la exploración física que le realiza su médico familiar?	1	0.830
34 b	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad de la asistente médica?	1	0.867
35	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la atención que le proporciona habitualmente la persona que le recibe el carnet?	1	0.881

De lo anterior podemos decir que la pregunta 11, que plantea: ¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia el médico lo ha atendido el día que usted viene a consulta? es la menos explicada del modelo, pues sólo es capaz de reproducir el 52.9% de variabilidad original. La pregunta 19, muestra también alguna desventaja, pues sólo son capaces de reproducir un máximo de 54.7% de la variabilidad original.

El método de Componentes Principales, supone que es posible explicar el 100% de la varianza observada y por ello todas las comunalidades iniciales son igual a uno.

Con base en los valores observados en la tabla anterior, podemos empezar a conjeturar el número de factores a considerar, además evaluar la posibilidad de excluir algunas preguntas del análisis.

En la siguiente tabla se muestran los porcentajes de varianza explicada, además de un listado de autovalores de la matriz de varianzas-covarianzas y del porcentaje de varianza que representa cada uno de ellos.

Es importante acotar que los autovalores expresan la cantidad de la varianza total que está explicada por cada factor, y los porcentajes de varianza explicada asociados a cada factor se obtienen dividiendo su correspondiente autovalor por la suma de los autovalores (la cual coincide con el número de variables). Se consideraron autovalores (valores eigen) mayores que uno.

La tabla No. 45 muestra que existen 12 autovalores mayores que 1, lo que implicó que el procedimiento extrajera 12 factores que en total explican un 72.175% de la varianza de los datos originales.

Puede observarse que del componente 12 en adelante, los autovalores fueron menores que uno, de ahí la idea de proponer en un primer momento una solución factorial con 12 factores.

Tabla 45. Matriz de varianza-covarianza

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7.881	21.892	21.892	7.881	21.892	21.892
2	2.567	7.129	29.021	2.567	7.129	29.021
3	2.451	6.808	35.830	2.451	6.808	35.830
4	2.007	5.574	41.404	2.007	5.574	41.404
5	1.908	5.299	46.702	1.908	5.299	46.702
6	1.541	4.280	50.982	1.541	4.280	50.982
7	1.497	4.158	55.141	1.497	4.158	55.141
8	1.424	3.955	59.096	1.424	3.955	59.096
9	1.304	3.621	62.717	1.304	3.621	62.717
10	1.226	3.406	66.123	1.226	3.406	66.123
11	1.115	3.097	69.220	1.115	3.097	69.220
12	1.064	2.955	72.175	1.064	2.955	72.175
13	0.971	2.697	74.872			
14	0.955	2.653	77.525			
15	0.875	2.431	79.956			
16	0.804	2.233	82.189			
17	0.718	1.994	84.183			
18	0.658	1.827	86.010			
19	0.568	1.576	87.586			
20	0.520	1.443	89.029			
21	0.489	1.357	90.386			
22	0.437	1.215	91.601			
23	0.413	1.147	92.748			
24	0.392	1.089	93.837			
25	0.328	0.911	94.748			
26	0.313	0.871	95.619			
27	0.283	0.786	96.405			
28	0.259	0.719	97.124			
29	0.208	0.578	97.702			
30	0.180	0.501	98.203			
31	0.168	0.468	98.671			
32	0.156	0.433	99.104			
33	0.117	0.26	99.430			
34	0.092	0.255	99.685			
35	0.066	0.184	99.869			
36	0.047	0.131	100.000			

Tabla 46. Matriz de componentes ^a

No.	Componente											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
28	0.758	-0.157	-0.097	-0.205	-0.150	0.081	0.013	-0.281	-0.050	-0.003	-0.120	-0.074
21	0.754	-0.017	0.132	-0.090	0.077	0.085	0.182	-0.093	-0.049	0.205	-0.066	-0.051
30	0.731	-0.212	0.126	-0.077	0.012	0.198	0.059	-0.190	0.031	-0.147	-0.079	0.008
8	0.715	0.058	-0.035	-0.211	0.231	0.008	-0.059	-0.222	0.029	0.207	-0.044	-0.165
26	0.690	0.193	0.104	-0.117	-0.161	-0.074	0.142	-0.161	0.168	0.116	0.072	0.172
16	0.683	-0.007	-0.054	0.004	0.238	0.222	0.031	-0.214	-0.028	0.231	0.068	0.114
34a	0.661	-0.069	-0.302	-0.210	0.032	0.093	-0.140	0.194	0.271	-0.066	-0.098	-0.129
20	0.634	-0.087	0.394	-0.085	-0.174	0.311	-0.079	-0.055	0.213	-0.153	-0.092	0.118
25	0.574	-0.471	-0.111	0.093	-0.244	-0.409	-0.139	0.071	-0.019	0.011	0.004	-0.083
1	0.544	0.033	-0.039	0.061	0.342	-0.296	-0.044	0.236	-0.130	-0.103	-0.011	0.160
17	0.495	-0.312	0.361	0.182	0.056	-0.132	-0.058	0.055	0.107	0.183	-0.166	-0.292
22	0.494	-0.163	0.036	0.037	-0.402	0.292	0.010	0.376	-0.083	-0.013	0.210	0.049
24	0.493	-0.151	0.041	0.108	-0.060	0.044	0.267	0.048	0.352	-0.354	0.183	0.212
34b	0.492	0.057	-0.614	0.002	0.053	0.251	0.266	0.230	0.025	-0.092	0.043	-0.210
10	0.469	0.269	0.102	0.125	0.086	-0.141	-0.303	-0.239	-0.267	-0.149	0.379	-0.203
6	0.461	0.148	0.064	-0.149	0.206	0.021	-0.466	0.162	0.241	-0.228	0.206	-0.023
35	0.423	0.041	-0.700	0.178	-0.059	0.145	0.133	0.231	-0.237	0.069	0.093	-0.120
3	0.388	0.205	0.245	0.008	-0.153	0.141	0.113	0.387	-0.446	0.092	-0.099	0.156
7	0.373	0.122	0.085	0.184	0.506	-0.078	0.356	-0.010	-0.210	-0.157	-0.100	-0.148
11	0.352	-0.223	-0.080	-0.059	-0.236	-0.092	-0.246	0.011	-0.147	0.355	0.262	-0.074
38	0.262	0.365	0.175	-0.371	0.297	-0.129	0.012	0.193	0.051	0.338	0.149	0.042
12	0.255	0.370	-0.072	0.115	0.301	-0.112	0.356	-0.152	0.021	-0.321	0.151	0.132
37	0.252	0.193	0.135	0.596	0.199	-0.176	0.045	-0.044	0.126	0.318	0.138	0.125
19	0.234	-0.086	-0.143	0.623	0.058	0.003	-0.010	-0.012	-0.124	0.168	-0.141	0.094
23	0.206	-0.502	-0.033	0.270	0.074	-0.209	-0.221	-0.017	-0.340	-0.337	-0.223	0.064
2	0.200	-0.155	-0.129	-0.199	0.121	-0.629	0.026	0.350	0.259	-0.023	0.054	0.162
34c	0.197	0.012	0.492	0.480	-0.177	0.101	0.024	0.353	0.122	-0.014	0.313	-0.107
5	0.178	0.512	-0.058	0.320	-0.212	-0.137	-0.350	-0.026	0.221	-0.096	-0.331	-0.154
34d	0.177	0.265	0.408	-0.278	-0.200	-0.158	0.250	0.338	-0.125	0.042	-0.400	0.084
41	0.150	0.189	0.311	-0.052	0.284	0.299	-0.467	0.053	-0.299	-0.117	0.009	0.307
4	0.099	0.621	-0.051	0.354	-0.063	0.175	-0.104	0.110	0.245	-0.003	-0.260	-0.194
18	0.019	-0.556	0.440	0.214	0.254	0.099	0.184	-0.061	0.181	0.124	-0.092	-0.074
39	-0.009	0.247	0.255	0.087	-0.575	-0.216	0.282	-0.286	-0.117	-0.130	0.240	-0.061
29	-0.056	-0.016	-0.407	0.252	-0.114	0.074	-0.097	-0.116	0.185	0.256	-0.058	0.572
32	-0.494	-0.392	0.043	0.106	0.257	0.293	0.026	0.173	0.098	-0.074	0.079	0.006
27	-0.756	0.003	0.121	-0.034	0.244	0.093	0.016	0.152	0.062	0.144	0.150	-0.232

La tabla No. 46 presenta la solución factorial, en ella se pueden observar las cargas factoriales correspondientes a cada uno de los factores, sin embargo la agrupación de éstos no resulta óptima, pues tan sólo la carga factorial de la pregunta 28 (el primer elemento que conformaría el factor 1) fue de 0.758 y hasta la pregunta 11 con una carga factorial de 0.352 estructurarían el primer factor, y para las demás cargas factoriales no se aprecia un mecanismo para discriminar y formar los 12 grupos que proponen el algoritmo del método de componentes principales.

Dados los magros resultados de la matriz anterior, fue necesario proponer un método alternativo (rotación de la matriz), además se buscó forzar la extracción a menos de 12 factores, de tal manera que se facilite una mejor interpretación de los posibles factores que subyacen en las respuestas vertidas en el instrumento.

Para determinar el número de factores a extraer, volvamos a observar la tabla No. 45 que muestra los porcentajes de varianza explicada; en ellos se puede notar que el primer factor por sí sólo es capaz de explicar el 21.892% de la varianza.

El segundo el 7.129%, el tercero el 6.868%, el cuarto un 5.574% y el quinto un 5.299%, acumulando entre los cinco el 46.702%; mientras que del factor seis en adelante los valores fueron apenas de: 4.280%, 4.158%, 3.955%, 3.621% etc., por lo que se decide proponer la solución factorial, con la extracción de cinco factores.

Cabe señalar que en el momento en el que la solución factorial resulte lo más lógica o satisfactoria, el modelo factorial dejará de considerarse exploratorio para definirse como análisis factorial confirmatorio.

La extracción de cinco factores genera nuevos resultados para las comunalidades, ahora la pregunta 2 es la peor explicada, solo es capaz de reproducir el 13.5% de su variabilidad original, los demás resultados pueden observarse en la siguiente tabla.

Tabla 47. Comunalidades iniciales y reproducidas con 5 componentes

No. Preg.	Inicial	Extracción	No. Preg.	Inicial	Extracción	No. Preg.	Inicial	Extracción
2	1	0.135	22	1	0.434	26	1	0.564
41	1	0.238	5	1	0.445	34a	1	0.577
11	1	0.240	7	1	0.452	21	1	0.601
29	1	0.245	38	1	0.458	30	1	0.602
3	1	0.276	39	1	0.464	20	1	0.602
24	1	0.283	19	1	0.475	18	1	0.614
6	1	0.303	32	1	0.477	8	1	0.614
12	1	0.311	17	1	0.508	34b	1	0.626
10	1	0.325	37	1	0.514	25	1	0.632
23	1	0.374	16	1	0.526	27	1	0.646
34d	1	0.385	4	1	0.528	28	1	0.672
1	1	0.419	34c	1	0.543	35	1	0.706

La solución factorial con la extracción de 5 factores, se muestra en la siguiente tabla; en ella se puede observar que no se encuentran bien organizadas las respectivas cargas factoriales, pues aún estando estructuradas en forma ascendente, no se aprecia un orden coherente en sus respectivos valores, puede apreciarse que de la pregunta 28 a la 11 sus cargas oscilaron de 0.758 a 0.352, (tentativamente, este sería el factor uno), pero al querer conformar el factor dos y los sucesivos tres, cuatro y cinco las cargas no presentan un patrón definido.

Cuando la solución factorial no puede explicarse en forma natural, se hace necesario realizar la rotación ortogonal de la matriz con el objetivo de mejorar la interpretación de la estructura, para este caso se utilizó el método denominado VARIMAX, que minimiza el número de variables que presentan saturaciones altas en cada factor, simplificando la interpretación de los factores y optimizando la solución por columna.

En este sentido, la siguiente tabla muestra la solución factorial rotada, en ella se puede apreciar la conformación de los cinco factores y las preguntas que los conformarían, con su respectiva carga factorial en forma ascendente.

Tabla 48. Matriz de componentes con 5 factores

Preg.	Componente					Preg.	Componente				
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
28	0.758	-0.157	-0.097	-0.205	-0.150	3	0.388	0.205	0.245	0.008	-0.153
27	0.756	-0.003	-0.121	0.034	-0.244	7	0.373	0.122	0.085	0.184	0.506
21	0.754	-0.017	0.132	-0.090	0.077	11	0.352	-0.223	-0.080	-0.059	-0.236
30	0.731	-0.212	0.126	-0.077	0.012	38	0.262	0.365	0.175	-0.371	0.297
8	0.715	0.058	-0.035	-0.211	0.231	12	0.255	0.370	-0.072	0.115	0.301
26	0.690	0.193	0.104	-0.117	-0.161	37	0.252	0.193	0.135	0.596	0.199
16	0.683	-0.007	-0.054	0.004	0.238	19	0.234	-0.086	-0.143	0.623	0.058
34a	0.661	-0.069	-0.302	-0.210	0.032	23	0.206	-0.502	-0.033	0.270	0.074
20	0.634	-0.087	0.394	-0.085	-0.174	2	0.200	-0.155	-0.129	-0.199	0.121
25	0.574	-0.471	-0.111	0.093	-0.244	34c	0.197	0.012	0.492	0.480	-0.177
1	0.544	0.033	-0.039	0.061	0.342	5	0.178	0.512	-0.058	0.320	-0.212
17	0.495	-0.312	0.361	0.182	0.056	34d	0.177	0.265	0.408	-0.278	-0.200
22	0.494	-0.163	0.036	0.037	-0.402	41	0.150	0.189	0.311	-0.052	0.284
24	0.493	-0.151	0.041	0.108	-0.060	4	0.099	0.621	-0.051	0.354	-0.063
34b	0.492	0.057	-0.614	0.002	0.053	18	0.019	-0.556	0.440	0.214	0.254
10	0.469	0.269	0.102	0.125	0.086	39	-0.009	0.247	0.255	0.087	-0.575
6	0.461	0.148	0.064	-0.149	0.206	29	-0.056	-0.016	-0.407	0.252	-0.114
35	0.423	0.041	-0.700	0.178	-0.059	32	-0.494	-0.392	0.043	0.106	0.257

En la tabla anterior, se registra en la primer columna el número de pregunta y las posteriores corresponden a las cargas factoriales de cada uno de los 4 factores; se considera que cada pregunta del cuestionario se agrupó en el factor cuya carga sea mayor, así por ejemplo, para la pregunta 28, las cargas respectivas fueron: 0.795, 0.173, -0.069, .032 y -0.061, como el valor mayor se concentró en el factor uno, esta pregunta conformará dicho factor.

El modelo factorial estructurado con 5 factores ofrece una solución útil, sin embargo al realizar un análisis minucioso y a profundidad de su comportamiento no solo matemático, sino conceptual, se determinó buscar un modelo factorial que resultara más lógico en función de la referencia teórica y que presentara una mejor definición.

Tabla 49. Matriz de componentes rotados con 5 factores

Preg.	Componente					Preg.	Componente				
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
28	0.795	0.173	-0.069	0.032	-0.061	38	0.083	0.488	0.015	-0.353	-0.298
27	0.751	0.155	0.200	0.137	0.007	6	0.308	0.432	0.017	-0.122	-0.076
25	0.696	-0.097	-0.137	0.215	0.270	10	0.281	0.388	0.300	-0.052	0.059
30	0.690	0.275	-0.088	-0.092	0.182	41	-0.030	0.367	0.055	-0.308	0.067
21	0.640	0.408	0.026	-0.127	0.089	4	-0.104	0.224	0.668	0.120	-0.082
20	0.639	0.125	0.099	-0.359	0.199	5	0.056	0.101	0.642	0.122	-0.070
26	0.632	0.261	0.254	-0.155	-0.090	39	0.130	-0.377	0.495	-0.242	-0.031
34a	0.628	0.305	-0.122	0.202	-0.185	34d	0.202	0.014	0.214	-0.523	-0.156
22	0.617	-0.151	0.135	0.008	0.112	35	0.376	0.165	0.109	0.702	-0.183
8	0.557	0.538	-0.070	-0.041	-0.092	34b	0.417	0.291	0.006	0.551	-0.254
24	0.467	0.130	0.038	0.048	0.210	29	-0.030	-0.121	0.102	0.468	-0.021
11	0.467	-0.107	-0.060	0.077	0.032	18	-0.004	0.020	-0.347	-0.201	0.673
3	0.335	0.133	0.301	-0.234	0.030	34c	0.131	-0.035	0.413	-0.216	0.554
2	0.205	0.131	-0.254	0.055	-0.086	17	0.436	0.170	-0.049	-0.172	0.507
7	0.060	0.631	0.032	0.023	0.220	23	0.225	-0.020	-0.241	0.232	0.459
1	0.321	0.543	-0.021	0.088	0.112	19	0.094	0.136	0.238	0.431	0.453
16	0.503	0.509	-0.019	0.082	0.082	37	-0.019	0.359	0.410	0.142	0.443
12	-0.005	0.496	0.229	0.084	-0.067	32	-0.454	-0.162	-0.401	0.059	0.283

Dado que el análisis factorial no proporciona una solución única y en vista de que algunas de las preguntas cargaron aceptablemente en 2 factores, se decidió proponer una solución factorial con tres factores, dado que fue la que mejor ajusto a los datos y presentó más lógica con respecto al referente teórico. Fue necesario eliminar las preguntas 29, 39 y 41 por presentar cierta disparidad con su factor correspondiente.

La mayor parte de las preguntas contenidas en cada factor tuvieron cargas factoriales aceptables, sin embargo se decidió eliminar también la pregunta 32 por tener una carga $< .30$.³⁷

Las tablas No. 50, 51 y 52 presentan la manera en la quedaron constituidos cada uno de los factores. Es importante mencionar la fuerte asociación existente entre la forma como se define cada apartado del cuestionario y la solución factorial propuesta, pues valida la congruencia además de la consistencia que presenta el cuestionario en la forma como respondieron los sujetos; es decir, es evidente el paralelismo que se observa en cada factor y la secuencia estructural del cuestionario. Finalmente el SAUDH-UMF quedó constituido por 32 ítems.

El factor uno se definió como relación médico-paciente-clínica, ya que contempla aspectos inherentes a la relación que se establece entre el médico y el paciente durante la consulta médica, incluyendo los aspectos concernientes a las amenidades y entorno de la clínica para ofrecer la atención al usuario.

Tabla 50. Composición del factor 1

FACTOR 1	Pregunta del instrumento	No. Pregunta	Extracción
RELACIÓN MÉDICO PACIENTE/ RELACIÓN PACIENTE CLÍNICA	¿Qué tan satisfecho está con su médico familiar?	28	0.795
	¿Usted considera que el tiempo que le dedica su médico durante la consulta es?	27	0.751
	¿Cómo califica usted la exploración física que le realiza su médico familiar?	25	0.696
	¿Les recomendaría a sus familiares o amigos al médico familiar que lo atiende en esta clínica?	30	0.690
	¿Cómo califica usted la limpieza de la clínica?	4	0.668
	¿Cómo califica la comodidad de las instalaciones de la clínica?	5	0.642
	¿Qué tanto le permite el médico dar su opinión sobre los tratamientos que le propone?	20	0.639
	¿Cómo califica usted el tratamiento que le da su médico familiar para el control de su enfermedad?	26	0.632
	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad de su médico familiar?	34a	0.628
	Cuando usted ha venido a consulta ¿con qué frecuencia su médico familiar le toma la presión arterial?	24	0.467
	¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia el médico lo ha atendido el día que usted viene a consulta?	11	0.467
	¿Qué tan fácil le resulta resolver los trámites en la clínica?	3	0.335
	¿Qué tan adecuados le resultan los horarios de atención de la clínica?	2	0.205

La siguiente tabla presenta la estructura del factor 2 que contempla elementos relacionados con los servicios que otorga la clínica y la manera en la que el paciente los percibe.

Tabla 51. Composición del factor 2

FACTOR 2	Pregunta del instrumento	No. Pregunta	Extracción
	¿Cree que hay algún servicio que usted necesite y que no se esté dando en la clínica?	7	0.631
	En general, ¿cómo considera usted que se encuentra organizada esta clínica?	1	0.543
	En general, ¿cuánta confianza tiene usted en la atención que le prestan en la clínica?	8	0.538
ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA CLÍNICA	¿Les recomendaría a sus familiares o amigos que se atiendan en esta clínica?	16	0.509
	En su opinión ¿qué es lo más importante que se debe mejorar en la clínica?	12	0.496
	¿Con qué frecuencia el personal de laboratorio le explica las condiciones en las que usted tiene que venir para la toma de análisis?	38	0.488
	¿Usted considera que el uso de las computadoras en la clínica ayuda para su mejor atención?	6	0.432
	¿Con qué frecuencia le dan la cita para el día que usted la solicita?	10	0.388

A continuación se muestra la integración del factor 3, el cual contiene elementos que establecen la relación y comunicación del paciente con algunos proveedores del servicio, cabe señalar que la pregunta No.19 cargo en este factor porque se encuentra fuertemente interrelacionada con la pregunta 37.

Tabla 52. Composición del factor 3

FACTOR 3	Pregunta del instrumento	No. Pregunta	Extracción
COMUNICACIÓN Y RELACIÓN INTERPERSONAL	¿Qué tan satisfecho se encuentra con la atención que le proporciona habitualmente la persona que le recibe el carnet?	35	0.702
	¿Con qué frecuencia su médico le proporciona información acerca de la realización de ejercicio físico?	18	0.673
	¿Con qué frecuencia su médico aclara las dudas que usted tiene con respecto a su tratamiento?	21	0.640
	¿Qué tanto entiende usted la información que le da su médico familiar?	22	0.617
	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad del personal de farmacia?	34c	0.554
	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad de la asistente médica?	34b	0.551
	¿Con qué frecuencia su médico le da información acerca de la dieta que debe seguir para el cuidado de su enfermedad?	17	0.507
	Cuando usted ha venido a consulta ¿con qué frecuencia su médico familiar le revisa los pies?	23	0.459
	¿Con qué frecuencia su médico le da información sobre las posibles reacciones que usted puede presentar por el uso de los medicamentos?	19	0.453
	¿Con qué frecuencia en la farmacia de la clínica le dan todos sus medicamentos?	37	0.443
	Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad del personal de laboratorio?	34d	0.214

Para finalizar se examinó la consistencia interna de la solución factorial propuesta, utilizando para ello el estadístico alpha de Cronbach. Este estadístico, determina el grado de consistencia interna de una escala.

Para este caso el alpha analiza cada factor, estableciendo la correlación media de una de las variables del mismo factor con todas las demás variables que la componen.

El alpha de Cronbach puede interpretarse como la correlación existente entre una escala y cualquier otra posible que contuviese el mismo número de preguntas y que pudiera construirse a partir del universo hipotético (constructo) de variables que pueden medir lo mismo.

Su valor puede variar entre cero y uno, aunque es posible la existencia de valores negativos, lo que implicaría que en la escala existan algunas preguntas que miden lo opuesto a lo que miden las demás.

Cuanto más cercano esté el valor del Alpha de Cronbach a 1, mayor es la consistencia interna de las preguntas que componen el instrumento de medida. Ahora bien, al interpretarse como un coeficiente de correlación, no existe un acuerdo generalizado sobre cuál debe ser el valor a partir del cual pueda considerarse una escala como fiable. Sin embargo, empíricamente puede decirse que si el alpha es mayor que 0.9, el instrumento de medición es excelente; en el intervalo 0.9 a 0.8, es decir $(0.9, 0.8]$, el instrumento es bueno; entre 0.8 a 0.7 es decir, $(0.8, 0.7]$, el instrumento es aceptable; en el intervalo 0.7 a 0.6, es decir, $(0.7, 0.6]$, el instrumento es débil; entre 0.6 a 0.5, el instrumento es pobre; y si es menor que 0.5, no es aceptable.

La siguiente tabla muestra el alpha de Cronbach de acuerdo a cada factor, así como las preguntas contenidas en cada uno de ellos, al final se indica que el coeficiente alpha total del instrumento final fue de 0.824.

Tabla 53. Alpha de Cronbach por factor y total

Factor 1 Relación médico Paciente Clínica		Factor 2 Organización y funcionamiento de la Clínica.		Factor 3 Relación interpersonal y comunicación	
No. pregunta	Alpha	No. pregunta	Alpha	No. pregunta	Alpha
28	0.776	7	0.677	35	0.610
27	0.771	1	0.658	18	0.628
25	0.791	8	0.642	21	0.558
30	0.783	16	0.672	22	0.577
4	0.827	12	0.691	34c	0.598
5	0.814	38	0.705	34b	0.614
20	0.785	6	0.670	17	0.549
26	0.789	10	0.670	23	0.627
34a	0.783			19	0.593
24	0.799			37	0.611
11	0.806			34d	0.635
3	0.811				
2	0.818				
Alpha por factor	.810	Alpha por factor	.702	Alpha por factor	.624
Alpha total			0.824		

Evaluación de la satisfacción

A continuación se presenta el resultado del procedimiento que se llevó a cabo para evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes.

Cada pregunta del instrumento con escala tipo Lickert fue re- codificada, el código 2 siempre correspondió a satisfacción, mientras el código 1 a insatisfacción, de tal manera que las más altas puntuaciones correspondieron a los pacientes satisfechos y las más bajas a los pacientes insatisfechos con la atención.

Cinco de las preguntas del instrumento presentaron escalas de respuesta de si/no (pregunta 6, 7, 12,16 y 30), por lo que sus puntuaciones se establecieron con base en el sentido lógico (esperado) de la pregunta; por ejemplo; la pregunta 6 ¿Usted considera que el uso de las computadoras en la clínica ayuda para su mejor atención?, la respuesta afirmativa (si) se calificó en el rango de pacientes satisfechos, mientras que la respuesta no en el de los pacientes insatisfechos.

Por el contrario, la pregunta 12: En su opinión ¿qué es lo más importante que se debe mejorar en la clínica?, la respuesta negativa (nada) se calificó en el rango de los pacientes satisfechos, mientras que la respuesta afirmativa (especifique) en el rango de pacientes insatisfechos. (Tabla 54)

Tabla 54. Re-codificación de respuestas

Respuestas del instrumento	Codificación en el instrumento	Recodificación	Interpretación
Muy bien /Muy adecuados Muy fácil/ Muy buena (o) Muchísima(o)/ Siempre Muy satisfecho	5	2	SATISFECHO
Bien / Adecuados Fácil /Buena (o) Mucha (o)/Casi siempre Satisfecho	4	2	SATISFECHO
Ni bien ni mal Ni adecuados ni inadecuados Ni fácil ni difícil Ni buena ni mala (o) Ni poca (o) ni mucha (o) Algunas veces Ni satisfecho ni insatisfecho	3	1	INSATISFECHO
Mal/Inadecuados Difícil /Mala (o) Poca (o)/ Casi nunca Insatisfecho	2	1	INSATISFECHO
Muy mal/Muy inadecuados Muy difícil /Muy mala (o) Ninguna (o) /Nada /Nunca Muy insatisfecho	1	1	INSATISFECHO
Escala de respuestas pregunta No. 6, 16 y 30			
Si	2	1	SATISFECHO
No	1	2	INSATISFECHO
Escala de respuestas pregunta No. 7 y 12			
No	2	1	SATISFECHO
Si	1	2	INSATISFECHO

Para definir la variable de satisfacción, una vez re-codificadas las respuestas del instrumento, se consideró a la mediana y desviación estándar como referentes para clasificar a los individuos en dos grupos: satisfechos e insatisfechos. (Tabla 55)

El rango teórico de las puntuaciones del instrumento es de 0 a 64, en el análisis de tendencia central la mediana fue de 55, de tal manera que los usuarios con 55 y más puntos fueron considerados como satisfechos y menos de 55 puntos como insatisfechos.

Tabla 55. Mediana para el nivel de satisfacción

Variables	n = 200 %
Satisfacción	
Media	53.27
Moda	55
Mediana	55.0
Desviación estándar	4.924
Rango	21
Mínimo	40
Máximo	61

Adicionalmente se realizó un análisis discriminativo a través de diferencia de medias que resultó significativo ($t_{\infty} = 84.2$, $p < .001$), el cual clasificó a los usuarios satisfechos ($M = 57.47$, $SD = 1.49$) o insatisfechos ($M = 48.67$, $SD = 3.93$).

Capítulo V

Discusión

El estudio de la evaluación de la satisfacción de los usuarios con enfermedades crónicas, como un indicador de calidad, ha cobrado importancia por la necesidad que tienen las instituciones de salud de brindar una mejor atención. De tal manera que la contribución de este tipo de estudios es substancial para el desarrollo de la investigación en Sistemas de Salud.

En este sentido para evaluar la satisfacción de los usuarios, la utilización de instrumentos válidos y confiables adquieren gran relevancia. Aunque en la literatura se encuentran varios instrumentos que miden y evalúan la satisfacción del usuario con enfermedades crónicas como diabetes mellitus y/o hipertensión arterial,^{51,52} ninguno de ellos es apropiado para ser aplicado a población mexicana, debido fundamentalmente a dos aspectos, el primero se encuentra relacionado con las diferencias del contexto sociocultural, que implica la forma en la que los usuarios perciben y entienden lo que significa la satisfacción.

El segundo aspecto está relacionado con las distintas formas de provisión de la atención en las clínicas, los costos por los servicios médicos, los servicios adicionales que proporcionan, los procedimientos para recibir la atención, los diferentes profesionales de la salud etc., por ejemplo; en otros países el proveedor de la atención no sólo es el médico familiar, sino que los pacientes con enfermedades crónicas son también atendidos por enfermeras entrenadas para este fin, lo que establece grandes diferencias en función de la organización de los servicios y por ende sobre la evaluación de la satisfacción.

Para el desarrollo de instrumentos de esta índole, algunos reportes muestran escalas desarrolladas y validadas a partir de la construcción de los conocimientos del investigador o bien de la revisión exhaustiva de la literatura.^{16,19,53} Sin embargo la satisfacción por ser un constructo multidimensional, implica la

inclusión de fuentes múltiples; es decir considerar también la perspectiva de los usuarios y los prestadores de los servicios de salud.

Por lo que el desarrollo de un instrumento capaz de evaluar la satisfacción desde la construcción del concepto “satisfacción” a través de la perspectiva del paciente, es una de las características originales de este estudio, ya que es el resultado de escuchar y conversar con los pacientes que cotidianamente acuden a la unidad de medicina familiar con respecto a los aspectos que ellos consideran, se encuentran inmersos en la satisfacción por los servicios de salud.

La utilidad de las redes semánticas para desarrollar la presente escala es de gran valor, ya que introduce aspectos socioculturales, de lenguaje y de percepción de los servicios de salud, propios de la población diabética e hipertensa que se atiende en el IMSS.

Uno de los aspectos relevantes en el estudio es la complejidad que implicó la elaboración del instrumento, dado que se probaron 5 versiones que antecedieron a la final, dicha complejidad puede atribuirse al lenguaje cotidiano que utilizan los usuarios de los servicios de salud, a las experiencias comunes que experimentan, a la perspectiva a priori del investigador y a la dificultad del investigador para entender la idea que el usuario le expresa de algún tópico específico. Por lo que la contribución que los usuarios hicieron para la elaboración del instrumento desde su perspectiva, es sin lugar a dudas la más cercana a la medición de la satisfacción de los usuarios con diabetes y/o hipertensión arterial que se atienden en las unidades de medicina familiar del IMSS.

Cabe señalar que los resultados para la elaboración de la escala tienen ciertas similitudes con respecto a las construidas con este mismo método,^{14,54} ya que los pacientes diabéticos e hipertensos aunque son asiduos a los servicios de salud a diferencia de otro tipo de pacientes, incluyen en primer término al médico familiar, quien es la figura principal en su proceso de la atención, lo cual es congruente con el factor 1, desprendido del análisis factorial, en el cual se encuentran los elementos más relevantes de la relación médico paciente, como la

amabilidad del médico, el entendimiento de la información que proporciona durante la consulta, la satisfacción con el médico familiar etc.

Sin embargo a diferencia de los estudios mencionados el primer factor también implicó aspectos relacionados con el ambiente de la clínica, como la limpieza, la comodidad de las instalaciones, los horarios de atención e incluso la recomendación de la clínica a otros usuarios, lo que es congruente con lo reportado por Rodríguez M (1995), quien destaca que este tipo de pacientes no sólo esperan una “buena” atención médica, sino que sus expectativas incluyen factores externos objetivos (comodidad, seguridad, accesibilidad) que les permite discriminar un buen servicio de otro malo.

A este respecto Serrano R. (2008) en su estudio para conocer la variación de la satisfacción global con relación a la satisfacción por otros aspectos concretos, concluye que el usuario tras alcanzar un nivel de satisfacción alto con el acto médico, el ámbito que determina la satisfacción global en atención primaria es el organizativo, que contiene los mayores niveles de insatisfacción.³⁶

En este sentido el SAUDH-UMF incluye preguntas relacionadas no solo con la prestación de los servicios, sino incorpora la evaluación de algunos, como es el caso de las preguntas: ¿Cómo califica la exploración física que le realiza su médico?, ¿Cómo califica el tratamiento para el control de su enfermedad?, de tal manera que el paciente con enfermedades crónicas presenta un nivel de exigencia diferente.

Por otra parte la literatura reporta en estudios similares al presente, que el número de factores derivados del análisis factorial no presenta un patrón definido, ya que depende de la metodología utilizada para construir la escala, del tamaño de la muestra, de la teoría en la que se sustenta cada estudio y del modelo factorial. Por lo que es factible que el SAUDH-UMF haya quedado integrado por 3 factores, como lo reporta Atkinson M (2004). Sin embargo no se encontró en la literatura una construcción similar a la reportada en este estudio, en la que los factores quedaron constituidos de la siguiente forma: relación médico-paciente-clínica (factor 1), organización y funcionamiento de la clínica (factor 2) y relación

interpersonal y comunicación (factor 3). Cabe señalar que la literatura expone muchos de los elementos que conformaron cada factor, pero contenidos en un mayor número de factores^{16,14}

En este sentido, el análisis factorial con la conformación de cinco factores explicaba el 46.7% del total de la varianza, sin embargo este modelo no fue del todo lógico, de ahí la decisión de conformar un modelo con tres factores con base en el referente teórico.³⁷ Sin embargo se reconoce que esto puede ser catalogado como una debilidad en el estudio por algunos autores quienes argumentan que no es posible la atracción intuitiva de los factores.⁵⁵

La conformación del factor 2 coincide con los resultados obtenidos en otros estudios, en los que los aspectos de la organización y funcionamiento de la clínica juegan un papel determinante en la satisfacción de los usuarios que acuden regularmente a la clínica.^{16,14, 56}

Un hallazgo interesante y congruente con otros estudios,⁵⁷ es la conformación del factor 3, el cual contempla la relación interpersonal no sólo con el médico familiar, sino con otros proveedores del equipo de salud, adicionalmente este factor contiene elementos de la comunicación como la información que el médico debe proporcionar al paciente para su el cuidado de su salud, ya que en la medida que los pacientes se encuentren mejor informados serán capaces de participar de manera dinámica en su auto cuidado e incrementaran su participación en el tratamiento lo que contribuye a mejorar los resultados en salud.^{58,59,60}

El SAUDH-UMF, es específico para evaluar la satisfacción por la atención en usuarios con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial que acuden a unidades de medicina familiar por cualquier motivo de atención, por lo que el utilizarlo en poblaciones con características distintas puede no ser útil, ya que el SAUDH-UMF incorpora aspectos específicos de la atención a este tipo de pacientes como la revisión de los pies, la toma de presión arterial, la información acerca de la dieta, el ejercicio y la presencia de reacciones por el uso de fármacos.

Una de las fortalezas del instrumento es la validación de las opciones de respuesta a partir de la perspectiva del usuario, lo cual permitió que la escala empleada reflejara la respuesta natural e inmediata del usuario, además es posible trasladar un significado claro y homogéneo a los valores numéricos para evaluar la satisfacción o la insatisfacción del usuario y aporta más información que las escalas dicotómicas, lo cual hace al instrumento fácil y sencillo de interpretar.

Otra bondad es que el SAUDH-UMF, tuvo una tasa de respuesta del 93.7% y el tiempo promedio para ser contestado fue de 18 minutos lo que hace del cuestionario un instrumento fácil de aplicar.

Una de las limitaciones del estudio es que no se consideró la perspectiva de los proveedores de servicio (médicos, asistente médico, personal de farmacia, laboratorio etc.) y tampoco se realizó un análisis para discriminar a los pacientes satisfechos e insatisfechos de acuerdo a la edad, el sexo, el ingreso mensual, la derechohabiencia y la percepción del estado de salud.⁶¹

Otra limitación es que no se consideró el análisis en función de la satisfacción del usuario por los costos de los servicios de salud, ya que en el IMSS los servicios son pagados de manera tripartita, por el gobierno, las empresas y el trabajador, de tal manera que el usuario no paga directamente los servicios de salud cada vez que los recibe, sino que es el trabajador en la mayor parte de los casos quien aporta de su salario las cuotas para los servicios de salud, no así sus familiares directos (esposa, hijos y padres) quienes son los beneficiarios del trabajador por lo que reciben todos los servicios que el IMSS proporciona.

A diferencia de otras escalas para evaluar la satisfacción de los usuarios, la escala utilizada en el estudio se encuentra diseñada de acuerdo al proceso de atención habitual del paciente. Abarca aspectos específicos de la estructura, proceso y resultado, lo que concuerda con los resultados obtenidos por Paddock E. y cols. quienes concluyeron que la necesidad de incluir estos aspectos en los instrumentos para medir satisfacción favorecen una mejor evaluación de los servicios de salud.¹⁶ Cabe señalar que algunos elementos del proceso de atención,

pueden no estar incluidos dado que no fueron relevantes para el paciente o bien en el análisis estadístico no explicaron favorablemente el modelo factorial.

Finalmente, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido (.82), indica que el instrumento es válido y confiable para medir la satisfacción del usuario, sin embargo sería interesante probar qué tan confiable y válido es el SAUDH-UMF en poblaciones mexicanas con costumbres e idiosincrasia diferentes a las de poblaciones del Distrito Federal y el Estado de México.



Conclusiones

Los resultados de este proceso de validación, sugieren que la escala final (SAUDH-UMF), es un instrumento válido y confiable para evaluar la satisfacción por la atención de usuarios con diabetes y/o hipertensión arterial en unidades de medicina familiar.

Una de las fortalezas de la escala, es que se construyó a partir de las ideas de los pacientes y de su perspectiva con respecto a la atención a la salud en las unidades de medicina familiar, por lo que contiene muchas de sus experiencias con el proceso de la atención que reciben usualmente.

La evaluación de la satisfacción a través del SAUDH-UMF puede contribuir a mejoras en la gestión para prestar atención a la salud, de tal manera que ofrezca un servicio que sea y se perciba de mayor calidad, lo que permitirá el incremento de la satisfacción de los pacientes y en los casos en que sea posible, establecer el monitoreo de acciones cuyo propósito es mejorar los servicios de salud.



ANEXOS



Instituto Mexicano del Seguro Social
 Universidad Autónoma de Aguascalientes
 Maestría en Ciencias área: Investigación en Sistemas de Salud



Folio
 /_/_/_/

ANEXO 1. Instrumento SAUDH-UMF

Desarrollo y Validación de un Instrumento para Evaluar la Satisfacción por la Atención en Usuarios con Diabetes y/o Hipertensión en Unidades de Medicina Familiar

Buenos días / tardes: El Instituto Mexicano del Seguro Social está llevando a cabo un estudio para conocer la opinión que tienen los usuarios acerca de los servicios de salud. Para lo cual se están realizando entrevistas a personas con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial. La entrevista es completamente anónima y los datos obtenidos son confidenciales, la clínica no tendrá conocimiento sobre las respuestas, por tanto siéntase en libertad de responder lo que usted piense.

Diagnósticos		Tiempo de evolución de cada enfermedad	Años	
(1) Diabetes Mellitus tipo 2	/_/_/	Diabetes mellitus tipo 2	/_/_/_/	
(2) Hipertensión arterial		Hipertensión arterial	/_/_/_/	
(3) Ambas (las dos anteriores)		/_/_/	(00) Menos de un año (99) No se acuerda	
(4) Especifique otras enfermedades				
1. En general, ¿Cómo considera usted que se encuentra organizada esta clínica? (5) Muy bien (4) Bien (3) Ni bien ni mal (2) Mal (1) Muy mal (9) No sabe	/_/_/	2. ¿Qué tan adecuados le resultan los horarios de atención de la clínica? (5) Muy adecuados (4) Adecuados (3) Ni adecuados ni inadecuados (2) Inadecuados (1) Muy inadecuados (9) No sabe	/_/_/	
3. ¿Qué tan fácil le resulta resolver los trámites en la clínica? (5) Muy fácil (4) Fácil (3) Ni fácil ni difícil (2) Difícil (1) Muy difícil (9) No sabe	/_/_/	4. ¿Cómo califica usted la limpieza de la clínica? (5) Muy buena (4) Buena (3) Ni buena ni mala (2) Mala (1) Muy mala (9) No sabe	/_/_/	
5. ¿Cómo califica la comodidad de las instalaciones de la clínica? (5) Muy bien (4) Bien (3) Ni bien ni mal (2) Mal (1) Muy mal (9) No sabe	/_/_/	6. ¿Usted considera que el uso de las computadoras en la clínica ayuda para su mejor atención? (2) Sí (1) No Porqué _____ (9) No sabe / no aplica	/_/_/	

<p>7. ¿Cree que hay algún servicio que usted necesite y que no se esté dando en la clínica? (recuerde que no nos referimos a mejoras en la clínica, sino algún tipo de atención en concreto)</p> <p>(1) Si, ¿Cuál? _____</p> <p>(2) No</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>	<p>8. En general, ¿Cuánta confianza tiene usted en la atención que le prestan en la clínica?</p> <p>(5) Muchísima</p> <p>(4) Mucha</p> <p>(3) Ni poca ni mucha</p> <p>(2) Poca</p> <p>(1) Ninguna</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>
<p>9. ¿Con qué frecuencia le dan la cita para el día que usted la solicita?</p> <p>(5) Siempre</p> <p>(4) Casi siempre</p> <p>(3) Algunas veces</p> <p>(2) Casi nunca</p> <p>(1) Nunca</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>	<p>10. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el médico lo ha atendido el día que usted viene a consulta?</p> <p>(5) Siempre</p> <p>(4) Casi siempre</p> <p>(3) Algunas veces</p> <p>(2) Casi nunca</p> <p>(1) Nunca</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>
<p>11. En su opinión ¿qué es lo más importante que se debe mejorar en la clínica?</p> <p>(2) Nada</p> <p>(1) Especifique _____</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>	<p>12. ¿Les recomendaría a sus familiares o amigos que se atiendan en esta clínica?</p> <p>(2) Sí</p> <p>(1) No</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>
<p>A continuación, le voy a preguntar su opinión acerca de lo que sucede durante la consulta con su médico familiar</p>			
<p>13. ¿Con qué frecuencia su médico le da información acerca de la dieta que debe seguir para el cuidado de su enfermedad?</p> <p>(5) Siempre</p> <p>(4) Casi siempre</p> <p>(3) Algunas veces</p> <p>(2) Casi nunca</p> <p>(1) Nunca</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>	<p>14. ¿Con qué frecuencia su médico le proporciona información acerca de la realización de ejercicio físico?</p> <p>(5) Siempre</p> <p>(4) Casi siempre</p> <p>(3) Algunas veces</p> <p>(2) Casi nunca</p> <p>(1) Nunca</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>
<p>15. ¿Con qué frecuencia su médico le da información sobre las posibles reacciones que usted puede presentar por el uso de los medicamentos?</p> <p>(5) Siempre</p> <p>(4) Casi siempre</p> <p>(3) Algunas veces</p> <p>(2) Casi nunca</p> <p>(1) Nunca</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>	<p>16. ¿Qué tanto le permite el médico dar su opinión sobre los tratamientos que le propone?</p> <p>(5) Muchísimo</p> <p>(4) Mucho</p> <p>(3) Ni poco ni mucho</p> <p>(2) Poco</p> <p>(1) Nada</p> <p>(9) No sabe</p>	<p>/__/</p>

Por favor, díganos ¿cómo califica usted la amabilidad de cada una de las siguientes personas en el trato con los pacientes?								
Clave. (MB) Muy bien, (B) Bien, (NBNM) Ni bien ni mal, (M) Mal, (Muy M) Muy mal, (NS) No sabe								
	Personal	MB	B	Ni B ni M	M	Muy M	NA/NS	
27.	Médico	5	4	3	2	1	9	/__/_
28.	Asistente médica	5	4	3	2	1	9	/__/_
29.	Personal de farmacia	5	4	3	2	1	9	/__/_
30.	Personal de laboratorio	5	4	3	2	1	9	/__/_
31. ¿Con qué frecuencia en la farmacia de la clínica le dan todos sus medicamentos?				/__/_				
(5) Siempre (4) Casi siempre (3) Algunas veces (2) Casi nunca (1) Nunca (9) No sabe								
32. ¿Con qué frecuencia el personal de laboratorio le explica las condiciones en las que usted tiene que venir para la toma de análisis?				/__/_				
(5) Siempre (4) Casi siempre (3) Algunas veces (2) Casi nunca (1) Nunca (9) No sabe								

Datos Generales del entrevistado			
DG1. Sexo (1) Hombre (2) Mujer	/ __ /	DG2. ¿Cuántos años tiene? _____ años	/ __ /
DG3. ¿Cuál es su estado civil? (1) Soltero(a) (2) Casado (a) (3) Unión libre (4) Divorciado(a) (5) Separado(a) (6) Viudo(a) (9) No especificado o no contesta	/ __ /	DG4. ¿Hasta qué año estudió? (1) No sabe leer ni escribir (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria (4) Secundaria (5) Preparatoria o técnico (6) Licenciatura (7) Postgrado	/ __ /
DG5. ¿A qué se dedica actualmente? (1) Ama de casa (2) Servicios (albañil, plomero etc.) (3) Obrero (4) Empleado (5) Comerciante (6) Profesionista independiente (7) Estudiante (8) Pensionado o Jubilado (10) Desempleado (11) Otro (especificar) _____ (9) No especificado o no contesta	Más de una opción / __ / / __ /	DG6. Aproximadamente, ¿cuál es el ingreso de la familia en un mes? _____ (9) No sabe	/ __ /
DG7. ¿Cuántas personas viven de este ingreso contando a los bebés y a usted mismo? _____	/ __ /	DG8. Usted es: (1) El asegurado (2) El beneficiario	/ __ /
DG9. ¿Hace cuánto tiempo se atiende en el Seguro Social?	/ __ /	DG10. El día de hoy, ¿por qué vino a la clínica? (1) Para control de la enfermedad (2) Otros Especifique _____	/ __ /
DG11. ¿Cuál es el turno en que usualmente acude a consulta? (1) Matutino (2) Vespertino	/ __ /	DG12. ¿Cuál es el número del consultorio en el que usualmente lo atienden?	/ __ /
DG13. En los últimos 12 meses ¿cuántas veces ha venido con su médico familiar?	/ __ /	DG14. En promedio, ¿cuánto tiempo ha tenido que esperar desde la hora de su cita hasta que entra a la consulta? (minutos)	/ __ /
DG15. ¿Cómo considera que ha estado su salud en el último año? (1) Muy bien (2) Bien (3) Ni bien ni mal (4) Mal (5) Muy mal (9) No sabe	/ __ /	Unidad de Medicina Familiar _____ Nombre del encuestador _____ _____ clave _____ Fecha de aplicación _____ Tiempo de duración de la entrevista en minutos _____	/ __ /

Referencias

- ¹ INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, tabulador básico.
- ² INEGI. Estadísticas demográficas. Cuaderno No. 12, 2000.
- ³ Oviedo M, Espinosa F, Reyes H, Trejo J. Guía clínica para el diagnóstico y manejo de la diabetes mellitus tipo 2. en Guías de Práctica Clínica para Medicina Familiar. Reyes H. Pérez-Cuevas R. Trejo J. Ed. Manual Moderno México 2003, 131-153.
- ⁴ Gilmore M, Moraes NH. Manual de gerencia de la calidad. Washington, DC: OPS-OMS; 1996:1-18
- ⁵ Donabedian A. Calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1991
- ⁶ Wensing M, Grol R, Asberg J, van Monfort P, van Weel C, Feling A. Does the health status of chronically ill patients predict their judgments of the quality of general practice care? Qual Life Res 1997;6:293-299.
- ⁷ Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. Soc Sci Med 2001; 52:609-620
- ⁸ Shabrawy-Ali M. A study of patient satisfaction as an evaluation parameter for utilization of primary health care services. JR. Health 192;11:64-67
- ⁹ Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov K, Prokhorskas R, Ramic H, Williams S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Fam Pract 1994;11:468-478
- ¹⁰ Morgan E, Pasquarella M, Holman J. Continuity of care and satisfaction in a family practice clinic. JABFP; September -October 2004; 17(5):341-6
- ¹¹ Aguirre Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica, expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública; México. 1990;32:170-80

- ¹² Castañeda J. González A. Nivel de satisfacción de los usuarios del primer nivel de atención. Sistema de apoyo a la investigación operativa en calidad. Documento interno. Secretaria de Salud; Monterrey Nuevo León México 2002.
- ¹³ Ramírez de la-Roche O, López-Serrano A, Barragán-Solís A, Arce-Arrieta E. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. Arch Med Fam 2005;7:22-26.
- ¹⁴ García Peña C. Hernández B. Anzures R. Reyes S. Development and validation of inventory to measure satisfaction of users of family medicine clinics in México. Psychological Reports, 1999;84:677-85
- ¹⁵ Hernández B. García C. Anzures R. Orozco M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. Rev Med IMSS 2002; 40 (5): 373-378
- ¹⁶ Paddock L. Veloski J. Chatterton M. Gevirtz F. Nash D. Development and validation of questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. Diabetes Care, 2000; 23(7):951-56
- ¹⁷ Delgado A. López LA. Luna JD. Consumer satisfaction with 2 models of primary care in operation. Andalucia. Gac Saint 1993; 7:32-40
- ¹⁸ Pouwer F. F J Snoek. Patients' Evaluation of the Quality of Diabetes Care (PEQD): development and validation of a new instrument. Qual Saf Health Care 2002;11:131–136
- ¹⁹ Atkinson M. Sinha A. Hass S. Colman Shoshana. Kumar R. Brod M. Rowland C. Validation of a general measure of treatment satisfaction, the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease. Health and Quality of Life Outcomes, 2004; 2:1-13
- ²⁰ Avis M. Bond M. Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. Journal of Advanced Nursing. 1995; 22(2):316-22
- ²¹ Concato J. Feinstein A. Asking patients what they like: Overlooked attributes of patient satisfaction with primary care. The American Journal of Medicine. 1997; 102 (4):399-406
- ²² Reyes S. Beaman P. Paredes A. Cortés A. Cárdenas L. De León R. Opinión positiva acerca de los servicios de salud en el IMSS. Rev Med IMSS 2002; 40(2):145-152

- ²³ Reyes H. Pérez R. Trejo J. Guías de práctica clínica para medicina familiar. México: IMSS: El manual moderno 2004, 131-155
- ²⁴ American Diabetes Association. Control riguroso de la diabetes. [publicación online] 2008 [citado en 2008 Noviembre 8]; 1(1): [24 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.diabetes.org/espanol/diabetes-tipo-2/control-riguroso.jsp>.
- ²⁵ Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med.* 2003 Feb 4;138(3):256-61.
- ²⁶ National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Blood Pressure Control Rates. U.S. Department of Health and Human Services, 2004:25-32
- ²⁷ Pérez-Cuevas R, Oviedo M, Torres L. Reyes H, Evaluación del impacto del nuevo Modelo de Medicina de Familia en la calidad de los servicios otorgados por el Instituto Mexicano del Seguro Social. En: *Las Múltiples Facetas de la Investigación en Salud. Proyectos Estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.* IMSS México, 2001:243-259.
- ²⁸ Rodríguez M. *Psicología social de la salud. Síntesis Psicológica.* Madrid España. Ed. Síntesis, S.A. Pp 143-153; 1995
- ²⁹ Hulka B. et. al. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care* 1970; 8
- ³⁰ Wolf M.H. The medical interview satisfaction scale: development of a scale measure patients perceptions of physician behavior. *Journal of Behavior in Medicine* 1978; 1
- ³¹ Hall J. Dornan M. Meta analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Sciences and Medicine* 1998;27
- ³² Linder Pelz S. Toward to a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine* 1982; 16
- ³³ Fernández M. Gavira L. Pérez M. Serrano R. Trujillo M. Parte II, Los usuarios ante los servicios sanitarios: valoración y satisfacción en, *La sanidad desde el otro lado, valoración*

social del sistema sanitario público en Andalucía. Ediciones Alsur, s.c.a, Andalucía 2000:111-21

³⁴ Delgado A. López LA. Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. Aten Primaria 1995; 16:314-321

³⁵ Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. Br Med J 1991;302:887-889.

³⁶ Serrano R. Loriente N. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública Méx. 2008; 50(2):162-172

³⁷ Nunnaly J. Teoría psicométrica. Ciudad de México. Ed. Trillas, 1991

³⁸ Polit D. Hungler B. Evaluación de la calidad de los datos en Investigación Científica en Ciencias de la Salud, sexta edición. McGraw-Hill. México 2000:389-416

³⁹ Campell D.T. Fiske D. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin. 1959; 56: 81-105

⁴⁰ Encuesta Nacional de Salud ENSA 2000

⁴¹ Tabla de mortalidad general de la Secretaria de Salud, 2002

⁴² Informe anual de la Secretaria de salud 2002

⁴³ Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema único de Información, Subsistema 27. Motivos de Demanda de Consulta Externa (SIMO). Principales motivos de demanda en el sistema de consulta externa en medicina familiar, 2007. Nacional

⁴⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema Único de Información, Subsistema 27, Motivos de Demanda de Consulta Externa (SIMO). Principales motivos de demanda en el sistema de consulta externa en consulta de especialidades, 2007. Nacional

⁴⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema Único de Información, Subsistema 13, Estadísticas mensuales de egresos hospitalarios. Emisión anual 2007.

⁴⁶ Principales diagnósticos y demanda de atención en medicina familiar por grupos de edad, 2002. Anexo estadístico. Rev Med IMSS 2003; 41 (5): S137

- ⁴⁷ Dirección de prestaciones médicas, Coordinación de salud comunitaria. Manual de procedimientos para la atención integral a derechohabientes con factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus o con Diabetes Mellitus. IMSS. 2000, 149-152
- ⁴⁸ The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Geneva 2002:13-16
- ⁴⁹ Stewart AL. Hays RD. Ware JE. The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in patient population. *Med Care* 1988; 26:724-735.
- ⁵⁰ Streiner D. Geoffrey N. *Health Measurement Scales, a practical guide to their development and use.* Oxford, UK: Oxford Univer. Press. 1993
- ⁵¹ Wensing M, Van Lieshout J. et.al. The patients Assessment Chronic illness Care (PACIC) questionnaire in Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res.* 2008 Sep 1;8:182
- ⁵² Wei X. Barnsley J. Zakus D. Cockerill R. et.al. Assessing continuity of care in a community diabetes program: initial questionnaire development and validation. *J Clin Epidemiol.* 2008 Sep;61 (9): 925-31
- ⁵³ Cohen G. Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med* 1996;42:1085-1093
- ⁵⁴ García –Peña, M. C., Reyes L., Reyes F., et. al. Development and validation of an inventory for measuring job satisfaction among family physicians. *Psychological Reports,* 1996, 79,291-301.
- ⁵⁵ Hatcher L. *A step-by –step approach to using SAS for factor analysis and structural equation modeling.* 2a ed. Chapter 1. North Caroline-NC USA. Ed SAS Press, 1994.
- ⁵⁶ Coyne, Karin. Joshua-Gotlib, Sandra. Kimel, Miriam. Thompson, Christine. Lewis, Amy. Danilewitz, Mervyn. Validation of the treatment satisfaction questionnaire for Crohn's disease (TSQ-C). *Digestive Diseases & Sciences.* 50(2):252-8, 2005 Feb.
- ⁵⁷ Montori, Victor M. Tweedy, Deborah A. Vogelsang, Debra A. Schryver, Patricia G. Naessens, James M. Smith, Steven A. Performance of the provider satisfaction inventory to measure provider satisfaction with diabetes care. *Endocrine Practice.* 2002; 8(3):191-8

⁵⁸ Kim, Son Chae. Kim, Sinil. Boren, Denise. The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military Medicine*. 2008; 173(1):85-90

⁵⁹ Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. *J Med Pract. Manage*. 2007 Mar-Apr;22(5):255-61

⁶⁰ Morris LA, Grossman R, Barkdol GL, Gordon E, Soviero C. A survey of patients sources of prescription drug information. *AJPH* 1984;74:1161-1162.

⁶¹ Michelle B. R. Sherine E., Scott C. et al. Determinants of Patient Satisfaction in Chronic Illness. *Arthritis care & Research*. 2002; 47(5): 494-500