



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MEDICION DEL JUICIO SUBJETIVO COMO UN
INDICE PARA EVALUAR LA CALIDAD
DEL SERVICIO MEDICO.

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

MARIA TERESA TATTO CANO

JULITA ELEMI HERNANDEZ SANCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

25053.08

UNAM.69

1981

ej. 2

M-20369

lps. 758a

A mis padres,
por su amor, comprensión y generosidad.

A mis hermanos,
por su compañerismo.

A mi abuelita,
por su apoyo incondicional.

A mi familia.

A mis amigos.

T e r e.

Al Dr. Héctor Ayala V.,
gracias por su ayuda.

A G R A D E C I M I E N T O S

Quiero expresar mi agradecimiento al Departamento de Psicología Educativa, Estudios de Posgrado, UNAM; - por todas las facilidades y el asesoramiento otorgados, para la realización del presente estudio.

Agradezco muy especialmente, a la Mtra. Lucy Reidy¹ por sus valiosas sugerencias encaminadas a mejorar la calidad de este trabajo.

Agradezco también al Dr. Arturo Bouzas, por sus a tinados comentarios e importantes aportaciones, en el desarrollo final de la tesis.

Por último, va mi agradecimiento a todas aquellas personas que intervinieron directa o indirectamente en este trabajo, y que sin necesidad de mencionarlas, saben que a ellas me refiero al decir que hicieron más a gradable el camino.

María Teresa Tatto C.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.	1
Planteamiento del Problema.	12
Tipo de Estudio.	12
METODO.	14
Sujetos.	
Escenario.	
Instrumentos de Medición.	
Procedimiento de Muestreo.	
Puntos Específicos a Estudiar.	
Definición de Factores.	
Realización del Estudio.	
DESCRIPCION Y ANALISIS DE RESULTADOS.	27
Análisis General por Tipo de Centro.	
Análisis General por Clase de Sujetos Estudiados.	
Análisis Particular por Objeto de Actitud, por - Tipo de Centro y por Clase de Sujetos Estudiados.	
DISCUSION.	55
Limitaciones	
Discusión de Resultados	

	PAG.
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFIA	67
APENDICE	71

I N T R O D U C C I O N

La constante lucha del hombre por controlar su ambiente ha marcado - la historia con descubrimientos cada vez más sorprendentes. Al mismo --- tiempo, éstos han tenido que ser analizados y probados, con el fin de demostrar su utilidad. Basándonos en lo anterior, podemos decir que la evaluación ha estado, y siempre estará, relacionada con el desarrollo del conocimiento.

Conforme la sociedad se vuelve más afluente y su ciencia y tecnolo--gía crece, hay un incremento en la preocupación de medir y evaluar, en -- forma precisa y objetiva, a todos aquellos programas encaminados a cambiar la vida de las personas. En respuesta a esta preocupación, ha nacido la "Investigación Evaluativa".

Weiss, en 1972, afirmó que "El objeto de la investigación evaluativa es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, con el fin de contribuir a la toma de decisiones subse--cuentes con respecto a éste y para mejorar la programación futura". Otra definición que se puede dar a la investigación evaluativa es el de un proceso que permite al administrador conocer los efectos de su programa y, - por lo tanto, hacer ajustes progresivos para alcanzar sus metas efectiva--mente.

La Investigación evaluativa se distingue de la evaluación común en - que la segunda hace uso de la comparación simple, mientras que la primera, emplea el método científico en este proceso de comparación. Por medio de la evaluación común, el hombre es capaz de juzgar desde los aspectos más

insignificantes, hasta aquellos más complejos e importantes de la vida. - Se puede, por lo tanto, decir que este proceso es básico para casi todas las formas de conducta social, ya sea de un solo individuo o de una organización completa. Aún cuando este tipo de evaluación utiliza algunas bases racionales o lógicas, no hace uso de ningún procedimiento sistemático para presentar evidencia objetiva, por lo que este tipo de evaluación no puede ser utilizada para poder evaluar en forma precisa y objetiva como se requiere para conocer el valor o bondad de un programa o actividad. - Para este tipo de evaluación es necesario el uso de las técnicas y procedimientos utilizados en las ciencias sociales, en las cuales se establecen criterios claros y específicos y se reúnen sistemáticamente pruebas y testimonios de una muestra representativa de las unidades de que se trate. En la Investigación Evaluativa, se utilizan todas las herramientas de las ciencias sociales, los principios y los métodos que tienen validez en otro tipo de investigaciones.

La diferencia que algunos investigadores ven entre la investigación evaluativa y otro tipo de investigaciones es que trata de marcar progresos en objetivos ya establecidos (James, 1969). Weiss (1972) distingue a la investigación evaluativa de otras investigaciones, no solo por el método o la materia de estudio, sino por la intención, objeto o finalidad con que se lleva a cabo; así divide los estudios de investigación en los siguientes puntos:

- a) La investigación formal o técnica que es la que trata de probar hipótesis relevantes a una teoría.
- b) La investigación diagnóstica, en la que se exploran problemas nuevos, y
- c) La investigación evaluativa o programática, en donde se trata de probar el valor de un programa en acción.

Al dividir los estudios de investigación de esta forma, se deja ver

que la diferencia de los distintos tipos de investigación se encuentra --- principalmente en la finalidad de cada una y que cada una es de suma impor-
tancia.

Dentro de la investigación evaluativa, existen varios niveles de análisis. Estos son a) proceso, b) estructura, y c) resultados.

El nivel de proceso consiste en evaluar el programa cuando ésta aún - se está aplicando, con el fin de observar si la aplicación se efectúa en - forma adecuada.

El nivel estructura se basa en evaluar las facilidades con que cuenta un programa para proporcionar un servicio determinado, como son las instalaciones, instrumentos, etc.

Y, por último, el nivel de los resultados, el cual se caracteriza por evaluar los beneficios finales obtenidos, gracias a un programa determinado y comparar estos beneficios con los objetivos que el programa se propuso alcanzar.

La Investigación Evaluativa ha sido utilizada primordialmente en programas de Ayuda Social (Larsen, Attkinson y Hargreaves, 1978), entre los - que se encuentran los del área de la educación (Burry, 1979; Cicarelli, -- 1971) del campo correccional (Empey, 1964; Glaser, Kirigin, y Braukman, -- 1979), así como también aquellos encaminados a proporcionar servicios de - tipo médico. (Sheps, 1977; Donabedian, 1978; Schulberg, Sheldon y Baker, - 1977). Los estudios de investigación en estos últimos se han hecho cada - vez más importantes y necesarios. Esto es debido, en parte, a la falta -- de concordancia entre efectividad y asignación presupuesta, ya que es co- mún encontrar que el presupuesto destinado a programas de salud se ve in- crementado y, sin embargo, la salud general de la población atendida perma-
nece igual. Otro factor que influye en la tendencia a evaluar los servi-
cios médicos es la preocupación e interés por par-

te de las personas involucradas en estos programas de dar cada vez mayor servicio e incrementar la calidad de éste.

Sin embargo, el esfuerzo de los investigadores evaluativos en el área de la salud, se ha visto dificultado por la imprecisión de lo que se entiende por "calidad de la atención médica", ya que todo intento para determinar la calidad de un proceso o servicio debe descansar en una definición operacional y conceptual de lo que se entiende por "calidad". Numerosos investigadores en esta área (Lee & Jones, 1933; Klein y Col., 1961; Donabedian, 1969) han sugerido que la evaluación de los servicios médicos se base en juicios de valor, que se aplican a varios aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones de un proceso denominado atención médica. Específicamente, Donabedian concluye sobre la definición de la calidad médica, diciendo "La definición de la calidad de la atención médica puede ser cualquier cosa que uno quiera que sea, aunque es usualmente un reflejo de los valores y metas que en ese momento prevalecen en el sistema de atención médica y en la sociedad en general, de la cual este último es una parte" (op. cit; pp 3). De esta manera, cualquier intento para determinar la calidad de la atención debe contemplar un análisis del proceso de la emisión de juicios valorativos. Los juicios valorativos son un proceso subjetivo, por lo que es necesario que su análisis esté basado en indicadores de este tipo. No ha sido sino hasta recientemente que la utilización de medidas subjetivas para determinar la calidad de procesos o servicios se ha reconocido como necesaria y útil. En 1975, dos sociólogos médicos, Levi y Anderson, propusieron que las medidas objetivas, para medir calidad de vida, tales como nivel de educación, empleo, economía, vivienda, nutrición, etc., fueran consideradas de igual importancia que criterios subjetivos tales como "felicidad, satisfacción y gratificación".

Sin embargo, la tendencia predominante en la investigación de los servicios de salud, es utilizar los resultados de la atención médica como el indicador de la calidad de la atención recibida, en términos de recupera--ción, restauración de funciones y supervivencia. La ventaja fundamental - que se aduce a este uso es que los resultados tienden a ser concretos, y, por lo tanto, más factibles de sujetarse a una medición precisa.

Por otro lado, otros investigadores (Weinerman, 1950; Goldman y Gra--ham, 1954; Donabedian, 1959; Sheps, 1955) en el área de investigación de - servicios de salud, han propuesto otra alternativa a la evaluación de la - calidad de la atención médica. Esta consiste en evaluar la estructura, la cual, como se mencionó anteriormente, se basa en estudiar las instalaciones donde se prestan los servicios y la instrumentación de las cuales es un pro--ducto. Asimismo, puede incluir aspectos administrativos y procesos relacionadados que apoyan y dirigen los servicios de atención. Específicamente este análisis incluye factores tales como lo adecuado de los locales y del equi--po, la clasificación del personal médico y de su organización, la estructura administrativa, y operaciones de programas e instituciones que propor--cionan atención médica, la organización financiera, etc. La suposición -- central de este enfoque a la evaluación de calidad es que si existen instalaciones e instrumental adecuados, se proporcionará una buena atención médica.

La evaluación del proceso se contrapone a las ya mencionadas, ya que en esta aproximación se supone que el interés en evaluar la calidad de la atención no versa sobre el poder de la tecnología médica en lograr resultadados, sino en determinar si lo que hoy se conoce como "buena" atención médica fué otorgada o no.

Recientemente, se ha apuntado (Ayala, 1979) la necesidad de conocer y

estudiar el impacto que tiene la interacción medico-paciente en el tratamiento de algunos trastornos orgánicos y psicológicos. La relación entre paciente y médico es vista como una herramienta poderosa, la cual "puede - influenciar la velocidad o cantidad de recobro de casi cualquier enfermedad". (Barrel, 1963 y Buck, 1957).

Otro aspecto importante dentro de la evaluación del proceso es la opinión de los usuarios y de los proveedores de servicios, sobre el valor o - bondad de los servicios recibidos o proporcionados, respectivamente. La - estimación de la calidad en este caso puede ser menos estable y definitiva, en contraste con aquella que se deriva de la medición de los resultados. - Sin embargo, como Donabedian señala, "Estas estimaciones pueden ser más relevantes a la pregunta, ¿fué practicada la medicina apropiadamente?".

Por otro lado, Kirigan & Col., (1979) encontraron una relación muy estrecha entre la opinión de usuarios de programas de tratamiento y correc-- ción de delincuentes y la efectividad de estos programas, por lo que se -- considera que la opinión de los usuarios y proveedores de servicios de sa- lud se encuentra relacionada con la efectividad de los mismos.

La psicología, como disciplina científica, cuyo objeto de estudio es el comportamiento humano, ha investigado durante este siglo, comprensiva-- mente, los juicios valorativos de las personas. Los resultados de estos - esfuerzos han redituado en instrumentos de medición y análisis de la emi-- sión y el significado de estos juicios. Tal es el caso del diferencial semántico de Osgood (1957) y de las llamadas escalas actitudinales (Edwards, 1957). Los juicios valorativos, como se mencionó con anterioridad, son un proceso subjetivo, el cual debe basar su análisis en indicadores de este - tipo.

En el campo de la medición subjetiva, se han desarrollado diferentes

tipos de escalas actitudinales, con las cuales se pretende medir estos juicios valorativos o actitudes de las personas. Las actitudes son "juicios valorativos, los cuales incluyen las creencias que se tienen acerca de un objeto determinado (en este caso, la calidad del servicio médico), las emociones que lo ligan a él, y la disposición del individuo a responder ante dicho objeto" (Katz y Stotland, 1959; Krech y Col., 1962). En 1928, -- Thurstone define actitud como "la suma de inclinaciones y sentimientos pre juicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico". Asimismo, este autor afirma que la expresión verbal de todos estos factores -- será por medio de la opinión.

Existen básicamente tres tipos de escalas de actitud (Henerson, Morris y Fitz-Gibbon, 1978):

- a) La escala de ordenamiento,
- b) la escala de acuerdos, y
- c) El diferencial semántico.

La primera escala, cuyo representante principal es Thurstone, se distingue básicamente por estar conformada por un grupo de afirmaciones u opiniones a las que un grupo de jueces les ha asignado un valor de acuerdo a un continuo escalar. Cuando esta escala es aplicada a la población seleccionada, la tarea de los respondientes es elegir solamente aquellas afirmaciones con las que están de acuerdo o en desacuerdo, tomándose solamente -- las primeras para la interpretación final de la escala. De esta manera, -- la actitud del sujeto queda ubicada en el punto del continuo cuyo valor -- fué asignado previamente a la(s) afirmacion(es).

La segunda escala, desarrollada por Likert, consiste básicamente de -- una serie de afirmaciones actitudinales enfocadas principalmente hacia ex

tremos de favorabilidad y desfavorabilidad, de manera que el sujeto al que se aplica la escala, debe manifestar su actitud, seleccionando su respuesta a la afirmación en un continuo de cinco puntos, que fluctúan desde extremadamente de acuerdo hasta extremadamente en desacuerdo. Esta tarea exige de los sujetos un nivel de discriminación adecuado para contestar correctamente la escala.

La tercera escala, denominada diferencial semántico, fué desarrollada por Osgood, y su característica principal es estar constituida por una serie de adjetivos y sus antónimos enlistados en los lados opuestos de la página, con siete "posiciones actitudinales" entre ellos. En la parte superior de la página se coloca, como encabezado, el objeto de la actitud.

Esta escala, al igual que la anterior, requiere del sujeto que la contesta, un nivel de discriminación adecuado, de manera que le permita manifestar su actitud seleccionando el punto del continuo que más se acerque a su situación.

La escala sobre la que se basa nuestro estudio se encuentra clasificada entre las escalas de ordenamiento y es denominada Escala de Intervalos Aparentemente Iguales. El método de intervalos aparentemente iguales es usado frecuentemente cuando es necesario obtener valores escalares para un gran número de postulados.

El procedimiento de jueceo en esta escala consiste básicamente en presentar al grupo de jueces elegido, un conjunto de postulados o afirmaciones correspondientes al objetivo de actitud en cuestión. La tarea de los jueces es asignar valores de un continuo que va del 1 al 11 a dichas afirmaciones en base al grado de favorabilidad de las mismas con respecto al objeto de actitud. Thurstone & Chave (1929) basan el desarrollo de esta escala en una suposición esencial, la cual consiste en que los intervalos entre

cada uno de los puntos del continuo representan intervalos aparentemente iguales o grados de favorabilidad o desfavorabilidad aparentemente iguales por cada sujeto.

El puntaje asignado a cada postulado, el cual, como se dijo anteriormente, se dá en un continuo de 11 puntos, es el valor escalar de la afirmación en el continuo psicológico. Como una medida del valor promedio de la distribución de los juicios, Thurstone & Chave usan la mediana de la distribución para un postulado dado.

Si la mediana de la distribución de los juicios de cada postulado es tomado como el valor escalar del postulado, entonces los valores escalares pueden ser obtenidos por medio de la siguiente fórmula:

$$S = 1 + \frac{(.50 - E_{pb})}{pw} i$$

donde:

S = La mediana o valor escalar del postulado

1 = El límite inferior del intervalo en el cual cae la mediana

E_{pb} = La suma de las proporciones anteriores al intervalo en el cual cae la mediana

pw = La proporción dentro del intervalo en el cual cae la mediana.

i = La amplitud del intervalo y es tomado como igual a 1.0.

Thurstone & Chave usan el rango intercuartilar, o Q, como una medida de la variación de la distribución de los juicios dados a un postulado. El rango intercuartilar contiene el 50% de los juicios. Para determinar el valor de Q, es necesario contar con otras dos medidas: el centil 75 y el centil 25. El centil 25 puede ser obtenido mediante la siguiente fórmula:

$$C_{25} = 1 + \frac{(.25 - E_{pb})}{pw} i$$

donde

C₂₅ = el centil 25

l = el límite inferior del intervalo en el que cae el centil 25

E_{pb} = la suma de las proporciones abajo del intervalo en el cual cae el C_{25}

p_w = la proporción dentro del intervalo en el cual cae el centil 25

i = la amplitud del intervalo que se asume igual a 1.0.

El centil 75 estará dado por:

$$C_{75} = l + \frac{(.75 - E_{pb})}{p_w} i$$

donde

C_{75} = el centil 75

E_{pb} = la suma de las proporciones debajo del intervalo en el que cae el centil 75

p_w = la proporción dentro del intervalo en el que cae el centil 75

i = la amplitud del intervalo que se asume como igual a 1.0

Tenemos, entonces, que el rango intercuartilar, o Q , estará dado por la diferencia entre C_{75} y C_{25} .

Entonces:

$$Q = C_{75} - C_{25}$$

El rango intercuartilar es una medida de la dispersión del punto medio (50%) de los juicios. Cuando existe un buen acuerdo entre los sujetos que juzgan el grado de favorabilidad o desfavorabilidad del postulado, Q será pequeña comparada con el valor obtenido cuando es relativamente pequeño el acuerdo entre los jueces.

Un valor grande de Q indica, por lo tanto, que el grado del atributo asignado por el postulado no está indicado con claridad. Thurstone & Chave señalan que un valor grande de Q es causado porque la afirmación es ambigua.

En general, en la construcción de una escala actitudinal por el método de intervalos aparentemente iguales, es deseable que existan aproximada

mente de 20 a 22 afirmaciones para cada uno de los valores del continuo psicológico, que se encuentran relativamente igual espaciados y cuyos valores Q sean relativamente pequeños. Así S y Q son usados como criterios para la selección de postulados que serán incluidos en la escala.

Los postulados seleccionados, pueden ser distribuidos en orden azaroso y presentados a los sujetos con instrucciones para indicar aquellos con los que estén de acuerdo o acepten, y aquellos que rechazan o con los que están en desacuerdo. Tomando solamente las afirmaciones con las cuales el(los) sujeto(s) esté(n) de acuerdo, se obtiene un puntaje actitudinal a partir de los valores escalares de aquellos postulados, los cuales se consideran como una indicación de la localización del sujeto en el continuo psicológico en el cual los postulados han sido escalados.

El puntaje de la actitud está basado en la media aritmética o mediana de todos aquellos valores escalares de los postulados marcados con acuerdo.

Para el presente estudio, como ya se dijo anteriormente, se eligió -- utilizar la escala de ordenamiento planteada por Thurstone, y particularmente dentro de este tipo, la escala de intervalos aparentemente iguales.

La elección se debió básicamente a dos razones:

a) Las características intrínsecas al constructo de la escala, en cuanto a que el grado de favorabilidad o desfavorabilidad se localiza en intervalos fijos, estableciéndose que existe la misma distancia entre un punto del continuo y otro.

b) La facilidad de respuesta por parte de la población definitiva en que se realiza el estudio, debido a que una vez que la escala ha sido elaborada, los sujetos pueden contestar marcando aquella(s) afirmación(es) con la(s) que se está exclusivamente de acuerdo o en desacuerdo. Eligiéndose -

como ya se expuso anteriormente, solamente aquellas con las que el sujeto manifestó estar de acuerdo.

En nuestro estudio, se contempla la elaboración de una escala actitudinal para la población denominada usuarios del servicio y otra escala para la población de médicos y paramédicos, contando en estas escalas con un continuo actitudinal de siete valores escalares.

Planteamiento del Problema

Ante la necesidad expuesta por un organismo que otorga servicios de Salud Pública en México, en el sentido de realizar una evaluación de los mismos, se diseñó un proyecto de investigación evaluativa, en el que se planteó el desarrollo de una serie de áreas de medición de la calidad del servicio médico entre las cuales se encuentra el área enfocada a la actitud de los usuarios y del personal que labora en los Centros de Salud. Dicha área es el punto principal sobre el que gira el presente estudio, y cuya descripción del procedimiento desarrollado ocupará el presente trabajo de tesis.

El objetivo de este estudio es, por lo tanto, medir el juicio subjetivo de los sujetos involucrados en el servicio médico, utilizando para este fin escalas actitudinales como uno de los indicadores del nivel de calidad del servicio médico público así como de los factores involucrados en la determinación de ésta.

Tipo de Estudio

El estudio realizado se caracteriza como un estudio exploratorio en el cual se puede omitir la formulación de una hipótesis de trabajo, limitándose a proporcionar los resultados obtenidos de una manera descriptiva.

No obstante, admite la aplicación de tratamientos estadísticos de los datos, lo cual puede indicarnos las diferencias existentes entre los grupos estudiados así como el nivel de significancia de dichos datos.

M E T O D O

Sujetos. La población a la que se hace referencia en nuestro estudio se encuentra estrictamente localizada en el mecanismo de prestación y recepción del servicio médico-público. Los sujetos a los que se estudió deberían reunir las siguientes características:

- a. Ser usuarios del servicio
 - a.1 Antes de entrar a consulta
 - a.2 Después de salir de consulta
 - a.3 Que se encuentren hospitalizados en el Centro de Salud Pública
- b. Personal médico que sostuviese una relación con los pacientes y -- con el personal del Centro en general, en las siguientes categorías:
 - b.1 Médico General
 - b.2 Médico en servicio social
 - b.3 Médico especialista en cualquier rama de la medicina
 - b.4 Médico interno
 - b.5 Médico residente en el Centro
 - b.6 Estudiantes de medicina que acuden con regularidad a hacer --- prácticas al Centro.
- c. Personal paramédico que colaborase en la prestación del servicio - médico, y que guardara una estrecha relación tanto con los usua--- rios como con el personal del Centro en general, de acuerdo a la - siguiente clasificación:

- c.1 Enfermera titulada
- c.2 Enfermera pasante
- c.3 Enfermera especializada
- c.4 Enfermera en servicio social
- c.5 Enfermera técnica
- c.6 Laboratorista

Dentro de este apartado se ubicó a otro tipo de profesionistas que -- prestan sus servicios en los Centros, por considerarse valiosa su actitud:

- c.7 Psicólogos
- c.8 Trabajadores sociales
- c.9 Administradores
- c.10 Contadores
- c.11 Secretarias

Por otro lado, los sujetos que formaron parte del estudio fueron elegidos aleatoriamente (el procedimiento de selección será explicado con más detalle en el apartado correspondiente a procedimiento de muestreo), tratando de cubrir la cantidad mínima requerida por Centro, siendo de acuerdo a la clasificación especificada con anterioridad:

- 5 usuarios
- 5 médicos
- 5 paramédicos

En resumen, en el estudio se encuestó a 58 usuarios, 54 médicos y 56 paramédicos, respetando las características mencionadas con anterioridad - para cada población.

Escenario. El lugar en donde se llevó a cabo el estudio fueron los - locales de los Centros urbanos, suburbanos y rurales que proporcionan servicio médico público en México. Estos Centros quedaron definidos de la siguiente manera:

a) Clínica Rural (Centro tipo "C"). Es aquella que se encuentra ubicada en áreas rurales, con una población a atender de 500 a 2 500 habitantes. Cuentan con una enfermera y un médico pasante en servicio social; -- tiene recursos mínimos y depende generalmente de una clínica suburbana.

b) Clínica Sub-urbana (Centro Tipo "B") Están ubicadas en el medio - sub-urbano y rural, cuentan con una población de 2 500 a 20 000 habitantes, generalmente posee un hospital tipo "D", el cual cuenta con un número de - 12 a 30 camas, tienen un médico director, uno o dos médicos generales, una enfermera, un auxiliar de enfermería, depende de la clínica urbana.

c) Clínica Urbana (Centro tipo "A"). Se encuentra ubicada de prefe-- rencia en las capitales de los estados y ciudades importantes, no cuentan con hospital, y su personal incluye un médico director, médicos generales y especialistas, enfermeras, laboratoristas, odontólogos, y personal admi-- nistrativo.

Esta Institución cuenta también con consultorios rurales, hospitales de especialización y hospitales rurales de los cuales no se incluye una -- descripción, ya que éstos no entraron a formar parte del presente estudio.

Las encuestas se realizaron particularmente en salas de espera, con-- sultorios, laboratorios, archivo, hospital y recepción, ya que en estos lu-- gares se encontraba la población con las características especificadas.

Para la etapa final del estudio, se eligieron tres Centros Urbanos, - tres Centros suburbanos, y cuatro Centros rurales localizados en tres dife-- rentes estados del sur de la República: Chiapas, Oaxaca y Guerrero. La -- elección de estos estados y los respectivos centros correspondió a un proce-- dimiento de selección al azar, el cual será explicado con más detalle en - el apartado correspondiente a procedimiento de muestreo.

Instrumentos de Medición. Como ya se mencionó con anterioridad, se determinó que el instrumento de medición a utilizar en el presente estudio es - la escala actitudinal de Thurstone denominada intervalos aparentemente --- iguales. La escala utilizada en el estudio variaba en función de la población a la que estaba dirigida; así la escala destinada a medir las actitudes de la población denominada: personal médico y paramédico, constaba de los siguientes objetos de actitud:

Actitud hacia:	# Reactivos
1. El personal paramédico	18
2. El personal médico	18
3. Las instalaciones	12
4. El costo	19
5. La institución	15
6. La administración	19
7. El tratamiento	12
8. La instrumentación	10
9. Los usuarios	20
10. El diagnóstico	12

En total, las escalas actitudinales para el personal médico y para médico, el número de reactivos fué de 155.

Para los usuarios del servicio, el total de reactivos fué de 125, en donde los objetos de actitud que se refieren a "La Instrumentación" y "Los Usuarios", y que están contenidos en las escalas para los médicos y paramédicos, se excluyen en la escala para los usuarios.

El tipo de reactivos incluidos en las escalas estuvo determinado por las opiniones que en un principio dió la población encuestada a efectos de elaborar estas escalas. Estuvo determinado también por las calificaciones

que dieron los jueces en cada reactivo y por la selección de los reactivos representativos de cada uno de los puntos del continuo, en base a la media na y desviación intercuarlitar de cada reactivo, de acuerdo con la escala de intervalos aparentemente iguales de Thurstone.

Para mayor claridad, en cuanto a las escalas desarrolladas, referirse a los anexos 1 y 2 en el apéndice de esta tesis.

Procedimiento de Muestreo. El procedimiento de muestreo en este estudio se ve influido por factores de tipo externo, ya que más que llevar a cabo una selección sistemática de los estados en los que desarrolló la investigación, fueron asignados por el organismo interesado en el cumplimiento del proyecto. El que se estudie la problemática existente en determinado lugar, dependió básicamente de los reportes recibidos de los Centros de Salud con respecto a quejas hacia el personal de los Centros, falta de recursos, exceso en el costo de la atención, etc.

Para la selección de los Centros que se estudiaron en cada estado, el procedimiento a seguir fué dentro del muestreo de probabilidad, el muestreo estratificado al azar (Isidor Chein en Selltiz, 1975), teniendo como estratos básicamente las categorías de los Centros, cuyas características ya se definieron anteriormente:

- Urbanos
- Suburbanos
- Rurales

Se realizó primeramente una muestra simple al azar de todos los Centros, respetando los estratos y los estados en que se encontraron. Posteriormente se unirían dichas submuestras para formar la muestra total.

Se eligieron tres estados de la República, a saber:

- Chiapas
 - San Cristobal las Casas
 - Tuxtla Gutiérrez
 - Chiapa de Corzo
- Oaxaca
 - Tuxtepec
 - Loma Bonita
 - Temazcal
- Guerrero
 - Chilpancingo
 - Acapulco
 - Ometepec
 - San Marcos

Finalmente, debido a que las estadísticas de donde se sacaron los datos no estaban vigentes, el único estrato que se respetó fué el de las categorías de los Centros suponiendo que las características entre los estados se mantenían constantes. Se trató también de mantener el mismo número de Centros con respecto a las categorías.

Se eligieron cuatro Centro del Tipo "A", dos en Chiapas y dos en Guerrero. Del Tipo "B" se contó con cuatro Centros, dos en Oaxaca y dos en Guerrero. Del Tipo "C" se contó con dos Centros, uno en Chiapas y otro en Oaxaca. (Ver Tabla # 1).

En la selección de la población a estudiar se tenían planteado utilizar el muestreo por cuota según Chein (en Selltiz, 1975), contando con las tres modalidades: usuarios, médicos y paramédicos. Las definiciones de esta población se incluyeron anteriormente en el apartado denominado "sujetos". Sin embargo, ya en el campo, el muestreo no pudo llevarse a cabo de esta manera, ya que la población era mayor o menor, dependiendo de la zona y el tipo de Centro en el que se encontrara.

Por esta razón, no se cumple el requisito del muestreo por cuota, ya que no existió "el suficiente número de casos de cada estrato para hacer posible una estimación del valor del estrato de la población, y conocer la proporción en que cada estrato se constituye en la población total" (Chein en Selltiz, 1975).

De esta manera la técnica de muestreo utilizada en la selección de nuestros sujetos fué un procedimiento de muestreo accidental. Por lo tanto, en esta parte del estudio no existe forma conocida de evaluación de las desviaciones introducidas en tales muestras.

Finalmente, y tomando en cuenta estas limitaciones, se seleccionaron a los sujetos que acudían o permanecían en los Centros de las 9 de la mañana a las 14 horas, con respecto a los estratos fijados y, que además estuvieron de acuerdo en contestar la escala. (Ver Tabla #2)

TABLA # 1

TIPO	CHIAPAS	OAXACA	GUERRERO
A	Tuxtla San C. la Casas 2	0	Chilpancingo Acapulco 2
B	0	Loma Bonita Tuxtepec 2	San Marcos Ometepec 2
C	Ch. de Corzo 1	Temazcal 1	0

NUMERO Y TIPO DE CENTROS QUE SE ENCUESTARON POR ESTADO

TABLA # 2

ESTADOS	POBLACIONES	MEDICOS	PARAMEDICOS	USUARIOS
CHIAPAS	Tuxtla Gutiérrez	13	8	7
	Sn. C. Casas	7	15	5
	Ch. de Corzo	4	1	3
OAXACA	Tuxtepec	4	11	7
	Loma Bonita	3	2	9
	Temazcal	1	2	4
GUERRERO	Chilpancingo	7	4	5
	Acapulco	6	5	5
	San Marcos	4	4	7
	Ometepec	5	4	6

SELECCION Y DISTRIBUCION DE LA POBLACION

Puntos específicos a estudiar. A continuación se definen los puntos formales a estudiar en la determinación de la evaluación de la actitud del personal involucrado en los servicios médicos, quedando así tres tipos de indicadores para cada tipo de población, a saber:

- Escala actitudinal para el personal médico,
- Escala actitudinal para el personal paramédico,
- Escala actitudinal para los usuarios del servicio.

Definición de Factores.

1. Actitud hacia el personal paramédico. Este aspecto quedó definido por una serie de afirmaciones referentes a las enfermeras del Centro en cuanto a factores tales como:

- a. Responsabilidad.

- b. Interés por su trabajo.
- c. Puntualidad
- d. Trato (bueno o malo con los pacientes)
- e. Relaciones entre ellas mismas
- f. Corrupción

2. Actitud hacia las instalaciones. Este punto se define por el grupo de afirmaciones que cubren diferentes aspectos acerca de cada una de las instalaciones existentes en los Centros. Tales aspectos fueron:

- a. Limpieza
- b. Ubicación (lejanía-cercanía)
- c. Deficiencia de las instalaciones
- d. Mantenimiento de las instalaciones
- e. Adecuación de las instalaciones

3. Actitud hacia el costo. Este factor se definió por un conjunto de afirmaciones referentes a la variedad de aspectos económicos relacionados con el Centro:

- a. Corrupción
- b. Ayuda económica a los pacientes
- c. Costo de transportación al Centro
- d. Costo de los servicios que proporciona el Centro

En esta sección se incluyeron siete preguntas abiertas, con el fin de obtener información sobre el precio que se cobra por servicio.

4. Actitud hacia la Institución. Este inciso se define por afirmaciones dirigidas a distintos aspectos de la Institución, siendo los siguientes:

- a. Políticas de la Institución

b. Limitaciones existentes para realizar libremente el trabajo.

c. Horario de trabajo

d. Recursos humanos

e. Recursos políticos

f. Desarrollo profesional del personal que labora en la Institución

En esta sección se incluyó una pregunta de control para determinar si el Centro es bueno o malo.

5. Actitud hacia el personal administrativo. Este apartado quedó de finido por una lista de afirmaciones acerca del personal administrativo del Centro en base a los siguientes aspectos:

a. Trato para los usuarios

b. Importancia que revisten los trámites administrativos

c. Horario

d. Interés del personal por su trabajo

e. Eficiencia del personal administrativo

f. Responsabilidad

g. Emergencias

6. Actitud hacia el personal médico. Este factor se definió por una serie de preguntas dirigidas a determinar la actitud que se tiene hacia los médicos:

a. Suficiencia o insuficiencia del personal médico en los Centros

b. Responsabilidad

c. Distribución del tiempo de consulta

d. Corrupción

e. Trato a los pacientes

f. Competencia profesional

g. Puntualidad

h. Suficiencia

7. Actitud hacia el diagnóstico. Este punto se definió por una lista de afirmaciones en referencia a los siguientes aspectos:

- a. Eficiencia en la elaboración de una historia clínica
- b. Medios con los que se cuenta para dar el diagnóstico
- c. Exploración al paciente
- d. Explicación al paciente de su enfermedad
- e. Experiencia de los médicos para dar el diagnóstico
- f. Competencia de los doctores al dar el diagnóstico
- g. Actitud del doctor al dar la receta

8. Actitud hacia el tratamiento. Se define por los siguientes factores:

- a. Preparación del personal médico para dar el diagnóstico
- b. Confiabilidad del tratamiento
- c. Suficiencia del material quirúrgico para dar el tratamiento
- d. Competencia profesional para dar el tratamiento
- e. Efectividad de las medicinas
- f. Suficiencia de las medicinas
- g. Seguimiento que realizan los médicos de la curación de los pacientes
- h. Suficiencia de los médicos especialistas

9. Actitud hacia los usuarios. Definida por seis aspectos:

- a. Cultura de los pacientes
- b. Acatamiento de las instrucciones que les dá el médico
- c. Responsabilidad de los pacientes por su salud
- d. Aspecto físico de los pacientes (limpieza)
- e. Tipo de enfermedades que presentan los pacientes
- f. Alcances económicos de los pacientes

10. Actitud hacia el instrumental, definida por:

- a. Suficiencia
- b. Calidad
- c. Utilidad
- d. Mantenimiento
- e. Renovación

Realización del estudio propiamente dicho.

Se aplicaron 168 escalas en el estudio, de las cuales 58 estuvieron dirigidas a los usuarios, 54 a los médicos y 56 al personal clasificado como paramédico.

Los instrumentos se aplicaron a los usuarios en forma de cédula, requiriéndose de un sujeto que funcionara como encuestador, leyendo y anotando las contestaciones a las afirmaciones de acuerdo a los que el encuestado respondiera. Esta estrategia en el estudio se debió a que la mayoría de los sujetos encuestados eran analfabetas o leían con mucha dificultad. Las instrucciones que se les dieron a los usuarios consistía en hacerles conocer la procedencia del encuestador, el propósito de la encuesta y lo que se le pedía que hiciera. Textualmente se le decía lo siguiente: "Buenos días, estamos haciendo un estudio por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Nosotros queremos saber qué es lo que Usted piensa u opina del servicio médico que reciben en este Centro. Para ésto le voy a leer algunas oraciones y Usted debe decirme si está o nó de acuerdo con lo que escuche. ¿Podemos empezar?"

Una vez que el sujeto accedía a contestar la cédula, el encuestador le leía las afirmaciones; posteriormente, ya terminada la aplicación, el encuestador le agradecía su ayuda y se retiraba a realizar las siguientes encuestas.

En lo que se refiere a los sujetos clasificados como médicos y paramédicos, la aplicación de los instrumentos fué llevada a cabo de la siguiente manera: Se les hacía entrega de las cédulas al respectivo personal seleccionado, especificando las mismas instrucciones que se encuentran escritas en el formato del instructivo; se les pedía que las leyeran nuevamente y - que procedieran a contestar la escala.

Una vez terminada en el Centro de Salud Pública la labor realizada con los usuarios, se procedía a pasar a los consultorios o donde estuviera localizado el personal médico y paramédico, a recoger los instrumentos que se les pedía que contestaran, se les agradecía su cooperación, y se procedía a continuar el estudio.

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Se describen los resultados tomando como punto de referencia el grado de actitud obtenida (favorable o desfavorable), relacionándola con las variables del estudio, en tres tipos de análisis:

General por tipo de Centro:

- Urbano
- Suburbano
- Rural

General por clase de los sujetos estudiados, distinguiendo por tipo de Centro:

- Usuarios
- Médicos
- Paramédicos

Particular por objeto de actitud, por tipo de Centro y por clase de sujetos estudiados:

Urbanos

Suburbanos

Rurales

Usuarios. Actitud hacia: el personal médico, el personal paramédico, la administración, el costo, el tratamiento, el diagnóstico, la institución, y las instalaciones.

Urbanos

Suburbanos

Rurales

Médicos. Actitud hacia: el personal médico, el personal paramédico, la administración, el costo, - el tratamiento, el diagnóstico la institución, la instrumentación, las instalaciones y los usuarios.

Paramédicos. Actitud hacia: el personal médico, el personal paramédico, la administración, el costo, - el tratamiento, el diagnóstico la institución, la instrumentación, las instalaciones y los usuarios.

Con el fin de identificar los Centros de una manera más abreviada, se utilizará la siguiente nomenclatura:

Centros "A"

1. San Cristóbal las Casas, Chiapas
2. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
3. Chilpancingo, Guerrero
4. Acapulco, Guerrero

Centros "B"

5. Tuxtepec, Oaxaca
6. Loma Bonita, Oaxaca
7. Ometepec, Guerrero
8. San Marcos, Guerrero

Centros "C"

9. Chiapa de Corzo, Chiapas
10. Temazcal, Oaxaca

1.- Análisis General de Resultados por tipo de Centro.

Los resultados del primer tipo de análisis pueden observarse de una forma más específica en la tabla 3, y en las gráficas 1, 2 y 3 para el personal médico; en la 4, 5 y 6 para el personal paramédico, y en la 7, 8 y 9 para los usuarios. Los datos más generales se representan en la gráfica 10.

Si se observa con detalle los datos representativos de cada grupo de sujetos, en cada uno de los Centros en que se realizó el estudio, tenemos que el puntaje indicativo de la actitud de las tres poblaciones se mantiene constante dentro del intervalo que expresa neutralidad en el Centro 1. En el mismo caso se encuentran los Centros 5 y 7. Es diferente el caso de los Centros restantes en que por lo menos uno de los grupos de los sujetos estudiados manifestó su inclinación por una actitud favorable hacia el servicio médico. Así tenemos el caso de los Centros 3, 6, 8 y 9 en donde la población de usuarios en el primero, y de paramédicos en los tres restantes, expresaron tener una actitud ligeramente favorable hacia nuestro objeto de estudio.

Por otro lado, en los Centros 2, 4 y 10 existe un acuerdo entre paramédicos y usuarios, médicos y usuarios, y entre médicos, paramédicos y usuarios respectivamente, en denotar una actitud favorable hacia el servicio médico que se proporciona en esos Centros.

Por último se presenta el promedio de la actitud por tipo de Centro, datos que también se encuentran representados en la gráfica 10. Como es -

posible notar, solamente el promedio arrojado por los Centros "C" sobrepasa el intervalo de la neutralidad para ubicar su actitud dentro de favorable. (Consultar, para mayor claridad, las gráficas y tablas que se incluyen al final del capítulo).

2.- Análisis General de resultados por clase de sujetos estudiados.

Puede observarse en la Tabla 4 que la actitud de neutralidad del personal médico se mantiene constante en los Centros Tipo "A" y Tipo "B" en donde se estudió a estos sujetos; no es así en el caso del Centro "C" en donde se nota una ligera inclinación hacia la actitud favorable.

En lo que se refiere al personal paramédico, se nota una actitud favorable hacia el servicio médico en aquellos sujetos estudiados en los Centros Tipo "B" y más marcadamente en los Centros "C". Sin embargo, en este tipo de sujetos estudiados en los Centros "A", se mantiene una actitud neutral.

Por otro lado, los usuarios estudiados en los Centros Tipo "A" y Tipo "C" manifestaron una actitud que tiende a ser favorable; no así aquellos sujetos representativos de los Centros Tipo "B" que expresaron una actitud de neutralidad. Puede notarse, a partir de este análisis general, -- que la población de paramédicos y usuarios es más benigna al externar su actitud hacia el servicio médico que la población de médicos estudiada.

El promedio del puntaje del grado de actitud obtenida por las diferentes poblaciones se encuentra representado en la gráfica 11. En esta gráfica se distingue el personal paramédico que tomó parte en el estudio, como el único tipo de población que manifiesta una actitud favorable hacia el servicio médico en general.

3. Análisis particular de resultados por objeto de actitud, por tipo de centro y por clase de sujetos estudiados.

Dado que todas las puntuaciones son de fácil acceso al consultar las gráficas y ya que en su mayoría los puntajes se mantienen constantes dentro del intervalo correspondiente a "neutralidad", en este análisis de resultados sólo se hará notar la frecuencia en base al número total de centros de cada tipo, de aquellos datos que sean inferiores o sobrepasan el intervalo denominado "neutro" (localizado entre los puntos 3.6 al 4.5 del continuo actitudinal).

Centros Tipo "A"

Los datos que indican el grado de actitud del personal médico, del personal paramédico y de los usuarios del servicio correspondientes a los Centros Tipo "A", (y, según los objetos de actitud relevantes), se encuentran representados en las gráficas con los números del 12 al 23. El análisis de estos datos está basado en la distribución de frecuencias de la tabla 5.

En los Centros Tipo "A" existe una marcada diferencia entre los objetos de actitud que se señalan como importantes en la determinación del grado de la actitud de las tres diferentes poblaciones como podrá observarse en los siguientes datos.

Personal Médico

En la totalidad de los Centros Tipo "A" estudiados, los médicos expresaron una actitud favorable para los usuarios. Por otro lado, en el 75% de los Centros el personal médico manifestó una actitud desfavorable hacia las instalaciones y una actitud muy favorable para el costo. En el

50% de los Centros, la actitud fué favorable para el diagnóstico. Por último, en el 25% de los Centros, se presentó una actitud desfavorable hacia el personal paramédico, hacia el personal administrativo y hacia la instrumentación. Dentro de esta misma categoría se presentó una actitud favorable hacia las instalaciones, el costo, la institución, el personal médico y el tratamiento.

Personal paramédico

Se manifestó en un 75% de los Centros una actitud favorable ha--cia el costo y hacia el diagnóstico. En el 50% de los Centros la actitud es desfavorable hacia las instalaciones y favorable hacia la institución y el personal médico. En un 25% de los Centros, se expresó una actitud favorable hacia el personal paramédico, el personal administra--tivo y los usuarios; una actitud muy favorable hacia el costo y, por --último, una actitud desfavorable hacia la instrumentación.

Los usuarios.

Se presentó en el 100% de los Centros una actitud favroable hacia el costo. En el 75% de los Centros se observó una actitud favorable hacia la Institución y el diagnóstico. En un 50% de los Centros la actitud fué favorable para el personal médico. Por último, en el 25% de --los Centros las instalaciones, y el personal administrativo obtuvieron una actitud favorable, mientras que para el tratamiento se presentó una actitud desfavorable.

Centros Tipo "B"

Los datos encontrados en los Centros Tipo "B" están representados en las gráficas de la 24 al 35. La tabla de distribución de frecuen---cias en que se basa el presente análisis es la 6.

Personal Médico.

Se presenta en un 75% de los Centros estudiados, una actitud muy favorable hacia el costo, una actitud favorable hacia el personal administrativo y hacia el personal médico.

En un 50% de los Centros se obtuvo una actitud desfavorable hacia las instalaciones y la instrumentación, así como una actitud favorable hacia el tratamiento y los usuarios.

Por último, en un 25% de los Centros se manifestó una actitud -- desfavorable hacia la institución, favorable hacia la instrumentación y muy favorable hacia el diagnóstico.

Personal Paramédico

En un 50% de los Centros estudiados se presenta una actitud favorable hacia el costo, el personal administrativo, el personal médico, - el diagnóstico, la instrumentación y los usuarios. En el otro 50% de los Centros existe una actitud muy favorable hacia el costo.

Usuarios

En un 100% de los Centros estudiados la actitud de los usuarios - hacia la institución es favorable.

En un 75% de los Centros, se expresa una actitud muy favorable hacia el costo. Por último, en un 25%, la actitud es favorable hacia el personal paramédico, las instalaciones, el personal administrativo y el diagnóstico.

Centros Tipo "C"

Los datos correspondientes a las actitudes obtenidas por objeto - de actitud de las tres poblaciones estudiadas en los Centros "C", se encuentran expresadas en las gráficas 36 a la 41.

La tabla 7 contiene la distribución de frecuencias en que se basa el siguiente análisis de datos.

Personal Médico

En el 100% de los Centros estudiados el personal médico manifiesta una actitud muy favorable hacia el costo y una actitud favorable hacia las instalaciones, el personal médico y los usuarios.

En el 50% de los Centros, el personal médico señaló tener una actitud muy favorable hacia el personal administrativo y una actitud favorable hacia el personal paramédico, la institución y el diagnóstico.

Personal paramédico

En la totalidad de los Centros "C" estudiados, el personal paramédico manifestó una actitud muy favorable hacia el personal médico, y favorable hacia el personal paramédico, el personal administrativo y el diagnóstico.

Una actitud favorable con respecto a las instalaciones, costo, -tratamiento, instrumentación y usuarios, así como una actitud muy favorable para la institución, se manifestó en el 50% de los Centros "C" -estudiados.

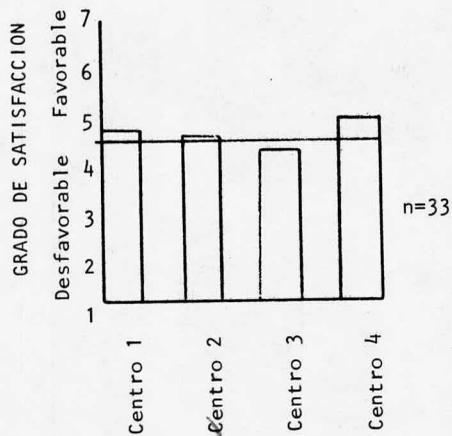
Usuarios

En todos los Centros Tipo "C" estudiados, los usuarios tuvieron una actitud favorable hacia las instalaciones, el personal administrativo, el personal médico y el diagnóstico.

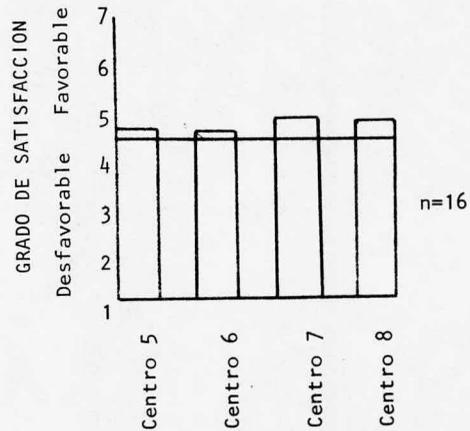
Se presentó en el 50% de los Centros una actitud muy favorable para el costo y una actitud favorable hacia el personal paramédico y la -institución.

El análisis por distribución por frecuencias por objeto de actitud en cada tipo de Centro tuvo, por objetivo, dar una visión más clara del tipo de actitud positiva o negativa, hacia el servicio médico - general.

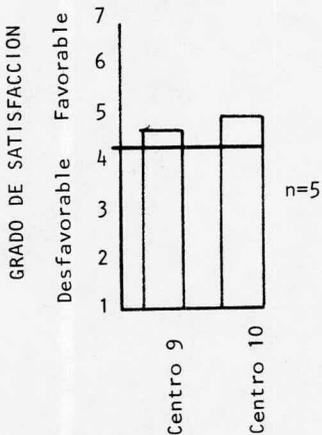
NOTA: Las diferencias en la totalidad de los Centros, así como la ausencia de éstos entre los diferentes objetos de actitud indicados, obedecen a que la actitud que se manifestó en estos casos fué "neutral".



Gráfica No.1. Centros tipo "A"

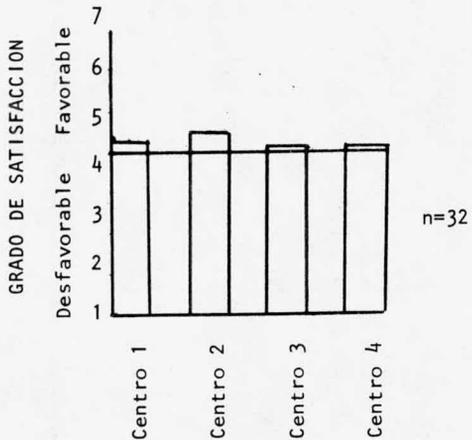


Gráfica No. 2. Centros tipo "B".

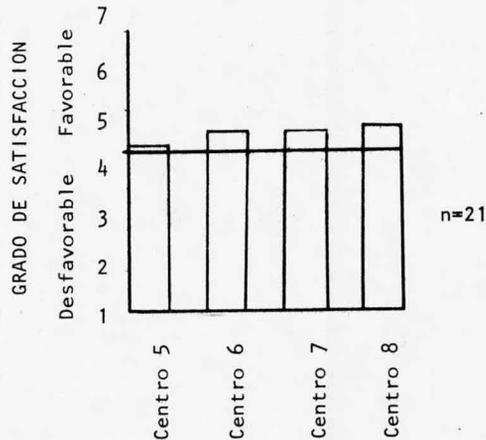


Gráfica No.3. Centros tipo "C".

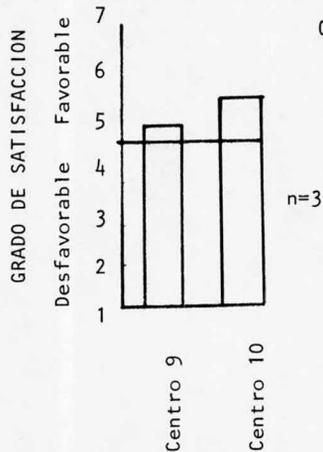
GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL MEDICO QUE LABORA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD.



Gráfica No.4. Centros tipo "A".

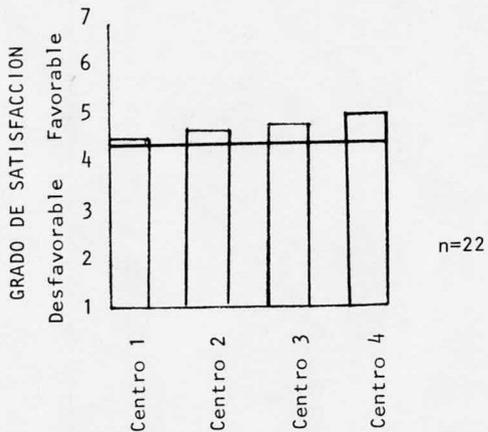


Gráfica No.5. Centros tipo "B".

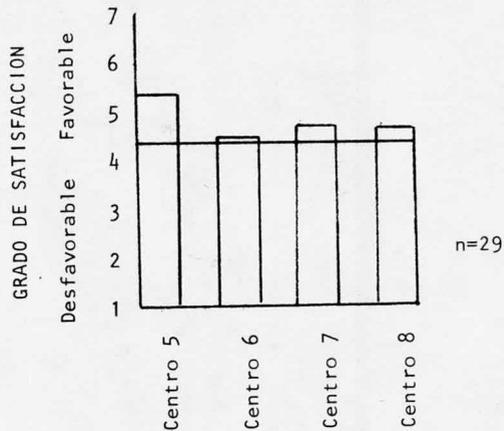


Gráfica No.6. Centros tipo "C".

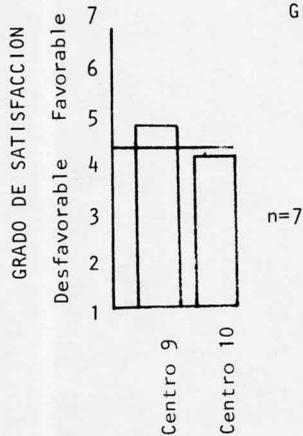
GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL PARAMEDICO QUE LABORA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD.



Gráfica No.7. Centros tipo "A".



Gráfica No.8. Centros tipo "B".



Gráfica No.9. Centros tipo "C".

GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LOS DIFERENTES TIPOS DE CENTROS DE SALUD.

GRAFICA 10

ACTITUD PROMEDIO POR TIPO DE CENTRO

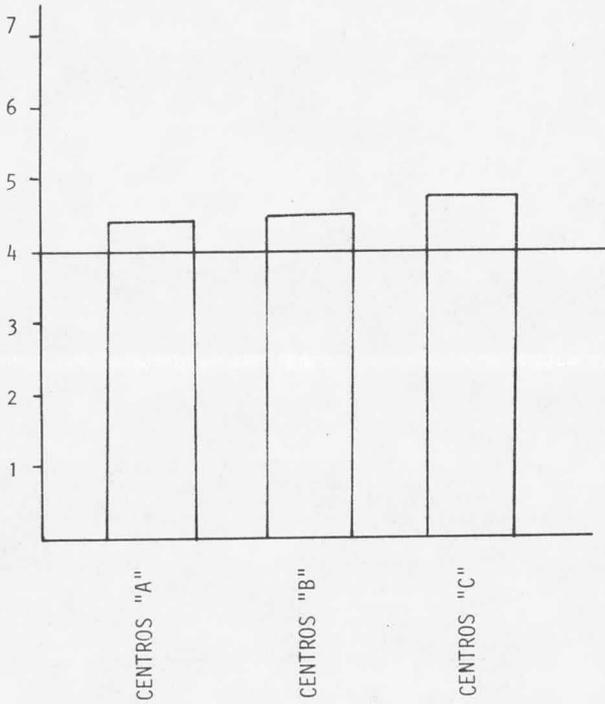


TABLA 3. ACTITUD PROMEDIO DE LOS SUJETOS INVOLUCRADOS EN EL ESTUDIO POR CADA TIPO DE CENTRO

# CENTROS DE C/TIPO SUJETOS	MEDICOS	PARAMEDICOS	USUARIOS	PROMEDIO GENERAL	PROMEDIO TIPO DE CENTRO
1	4.40	4.30	4.10	4.20	CENTROS TIPO "A"
2	4.15	4.86	5.15	4.72	
3	4.20	4.10	4.60	4.30	
4	4.60	4.20	4.60	4.30	
5	4.33	4.28	4.53	4.38	CENTROS TIPO "B"
6	4.20	5.10	4.20	4.50	
7	4.40	4.40	4.50	4.43	
8	4.50	4.80	4.30	4.53	
9	4.40	4.60	4.50	4.50	CENTROS TIPO "C"
10	4.80	5.10	4.80	4.90	

RANGOS DE LA ACTITUD EN UN CONTINUO DE 7 PUNTOS

.5 - 1.5 = Extremadamente desfavorable
 1.6 - 2.5 = Muy desfavorable
 2.6 - 3.5 = Desfavorable
 3.6 - 4.5 = Neutral
 4.6 - 5.5 = Favorable
 5.6 - 6.5 = Muy favorable
 6.6 - 7.5 = Extremadamente favorable

N Médicos = 53
 N Paramédicos = 56
 N Usuarios = 58

GRAFICA 11

ACTITUD PROMEDIO POR CLASE DE SUJETOS ESTUDIADOS

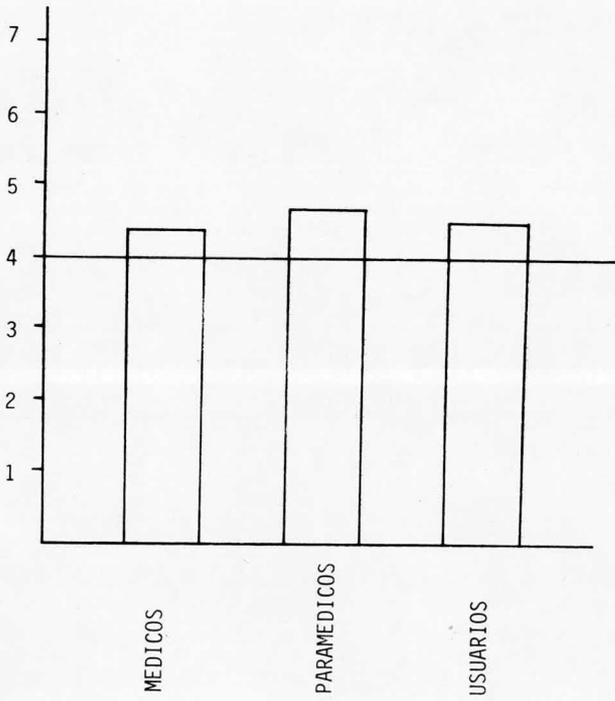


TABLA 4
 ACTITUD PROMEDIO POR CLASE
 DE SUJETOS EN CADA TIPO DE
 CENTRO

Centros Sujetos	MEDICOS	PARAMEDICOS	USUARIOS
CENTROS "A"	4.33	4.36	4.61
CENTROS "B"	4.35	4.64	4.38
CENTROS "C"	4.60	4.85	4.65
PROMEDIO	4.42	4.61	4.54

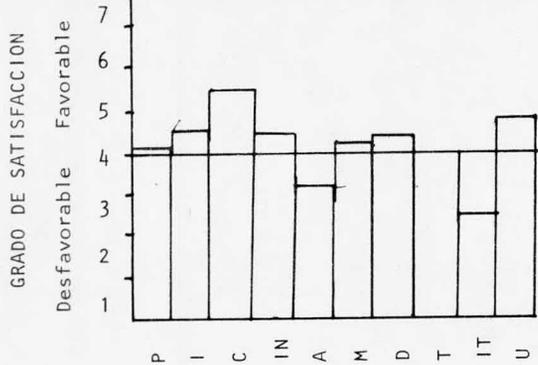
RANGOS DE LA ACTITUD EN UN CONTINUO DE 7 PUNTOS

- .5 - 1.5 = Extremadamente desfavorable
- 1.5 - 2.5 = Muy desfavorable
- 2.6 - 3.5 = Desfavorable
- 3.6 - 4.5 = Neutral
- 4.6 - 5.5 = Favorable
- 5.6 - 6.5 = Muy favorable
- 6.6 - 7.5 = Extremadamente favorable

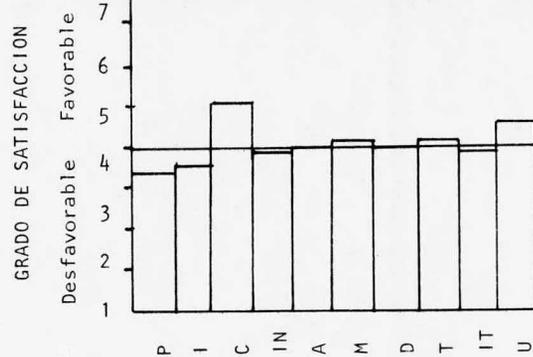
N Médicos = 53

N Paramédicos = 56

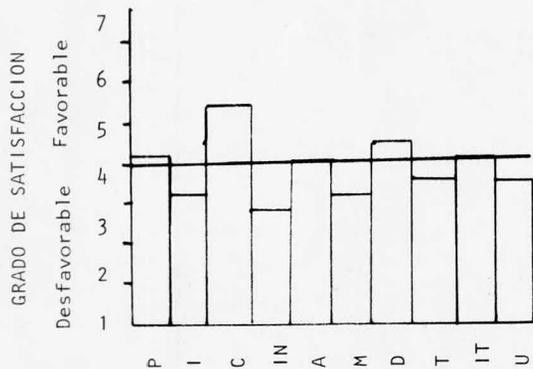
N Usuarios = 58



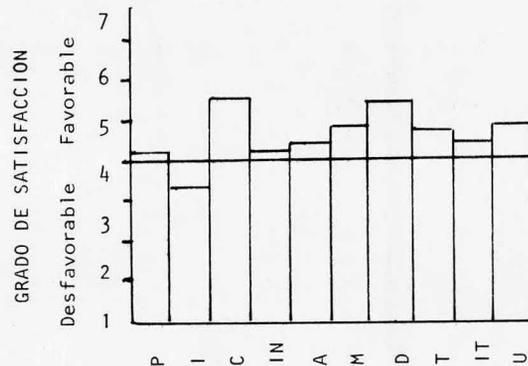
Gráfica No. 12. Centro 1, Sn. Cristobal las Casas, Chiapas.



Gráfica No. 13. Centro 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



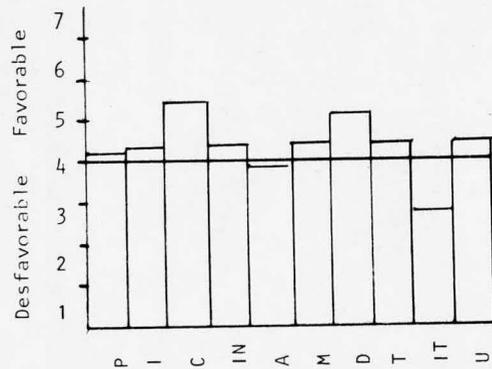
Gráfica No. 14. Centro 3, Chilpancingo, Guerrero.



Gráfica No. 15. Centro 4, Acapulco, Guerrero.

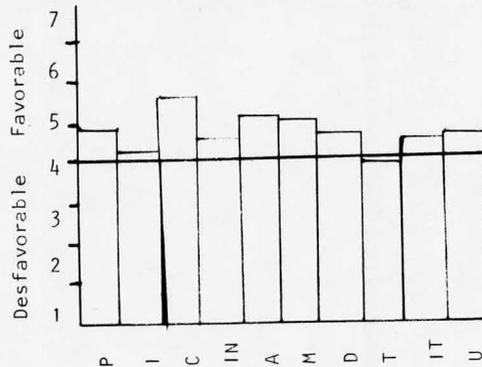
GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL MEDICO SEGUN EL OBJETO DE ACTITUD. CENTROS TIPO "A".

GRADO DE SATISFACCION



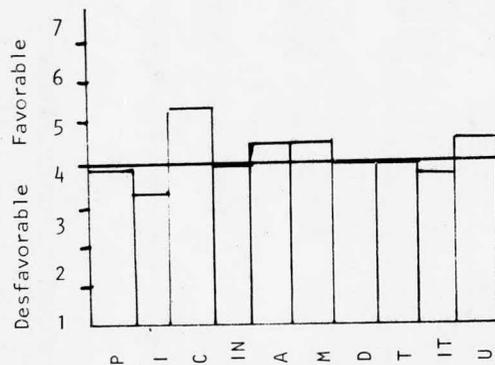
Gráfica No.16. Centro 1, Sn. Cristobal las Casas, Chiapas.

GRADO DE SATISFACCION



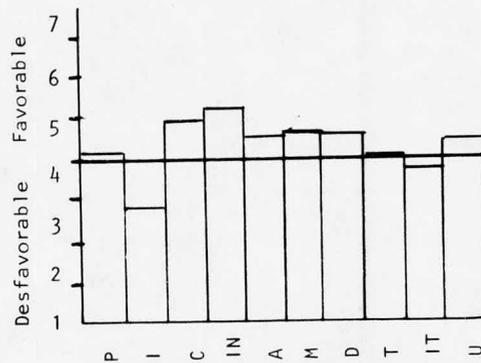
Gráfica No. 17. Centro 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

GRADO DE SATISFACCION



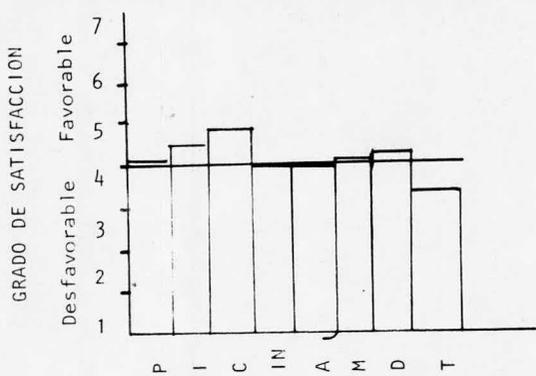
Gráfica No. 18. Centro 3, Chilpancingo, Guerrero.

GRADO DE SATISFACCION

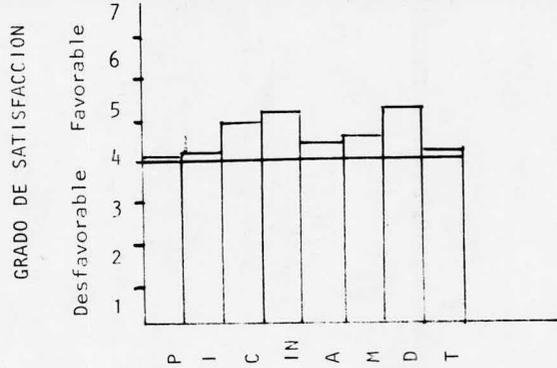


Gráfica No. 19 Centro 4, Acapulco, Guerrero.

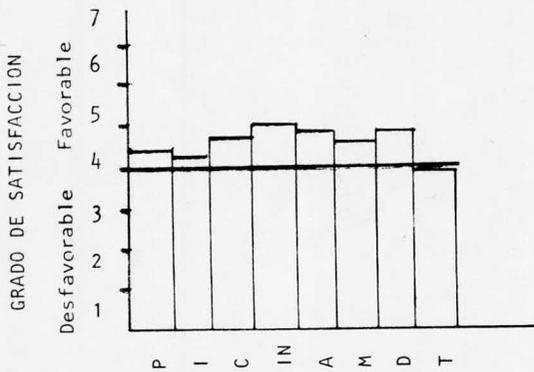
GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL PARAMEDICO SEGUN EL OBJETO DE ACTITUD. CENTROS TIPO "A".



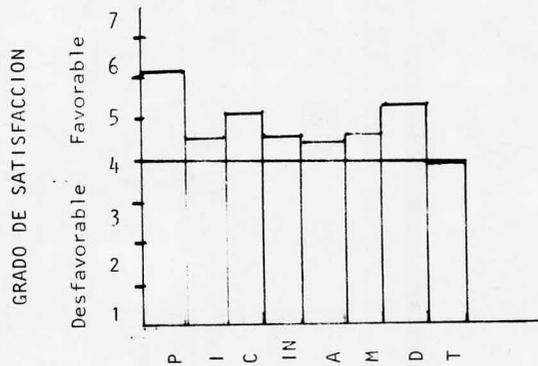
Gráfica No.20. Centro 1, Sn. Cristobal las Casas, Chiapas.



Gráfica No. 21. Centro 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



Gráfica No. 22. Centro 3, Chilpancingo, Guerrero.



Gráfica No. 23. Centro 4, Acapulco Guerrero.

GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS SEGUN EL OBJETO DE ACTITUD. CENTROS TIPO "A".

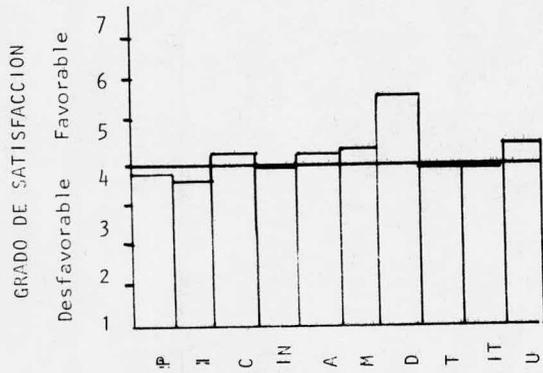
TABLA 5
CENTRO TIPO "A"

USUARIOS PARAMED. MEDICOS

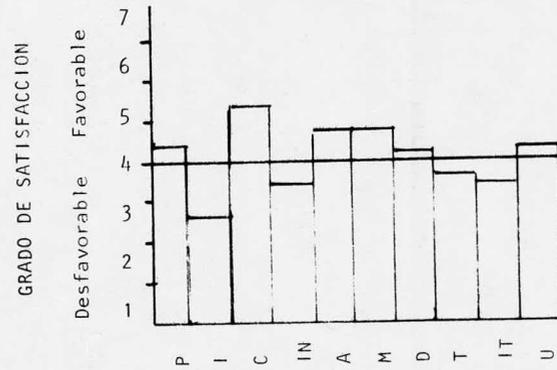
PARAMEDICO			INSTALACION			COSTO			INSTITUCION			P. ADMIN.			P. MEDICO			DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO			INSTRUMENT.			USUARIOS								
D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF			
1			3	1		1	3		1			1			1					2			1	1								4			
	1		2			3	1		2			1	1		2					3				1								1			
				1		4			3			1			2					3	1														

ANALISIS PARTICULAR POR OBJETO DE ACTITUD,
POR TIPO DE CENTRO Y POR CLASE DE SUJETOS
ESTUDIADOS.

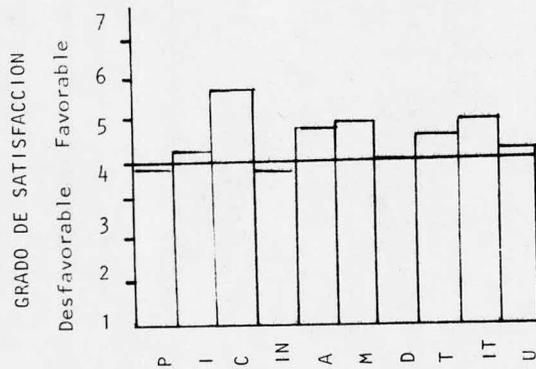
No. de Centros = 4



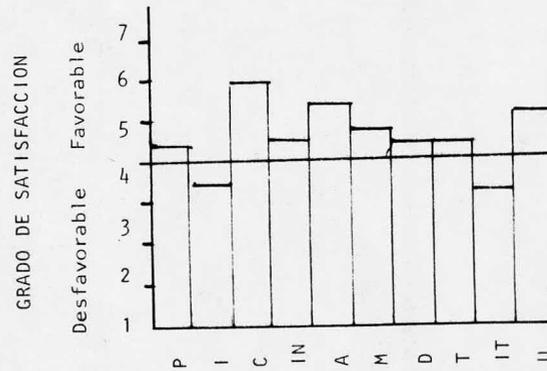
Gráfica No. 24. Centro 5, Tuxtepec,
Oaxaca.



Gráfica No. 25. Centro 6, Loma Bonita
Oaxaca.



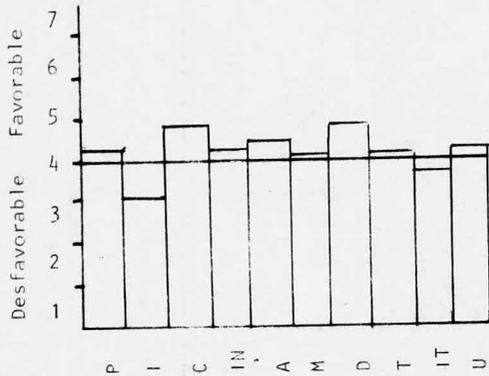
Gráfica No. 26. Centro 7, Ometepec
Guerrero.



Gráfica No. 27. Centro 8, Sn. Marcos,
Guerrero.

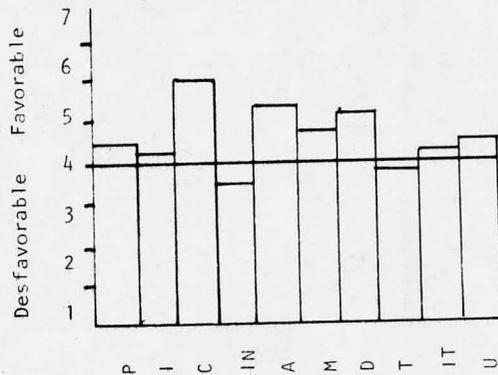
GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL MEDICO SEGUN EL OBJETO DE ACTITUD. CENTROS TIPO "B".

GRADO DE SATISFACCION



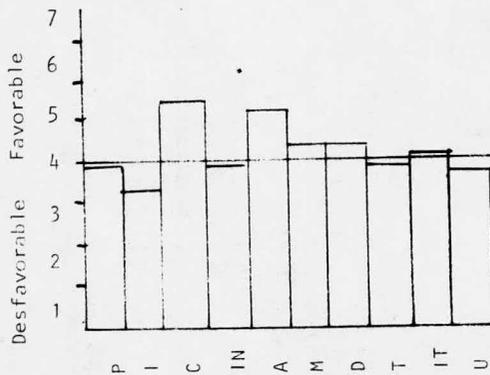
Gráfica No. 28. Centro 5, Tuxtepec Oaxaca.

GRADO DE SATISFACCION



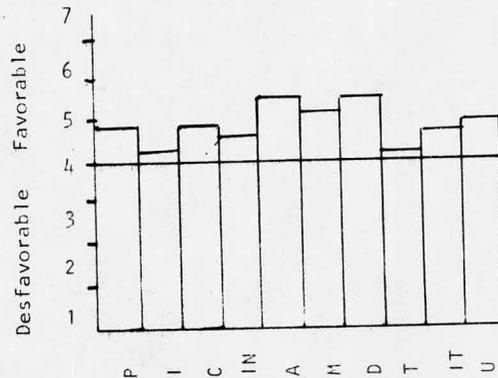
Gráfica No. 29. Centro 6, Loma Bonita, Oaxaca.

GRADO DE SATISFACCION



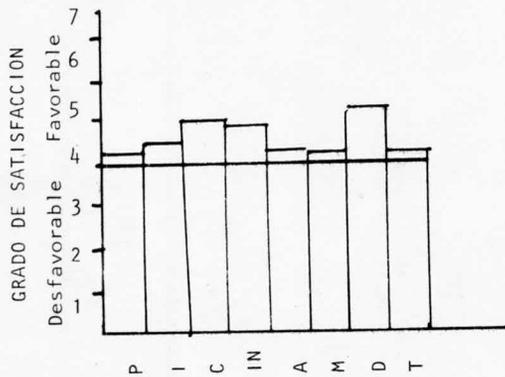
Gráfica No. 30. Centro 7, Ometepec, Guerrero.

GRADO DE SATISFACCION

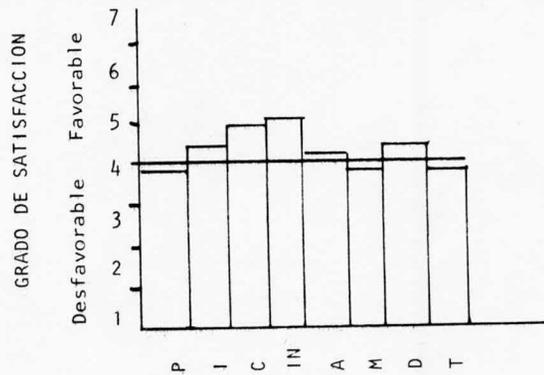


Gráfica No. 31. Centro 8, Sn. Marcos, Guerrero.

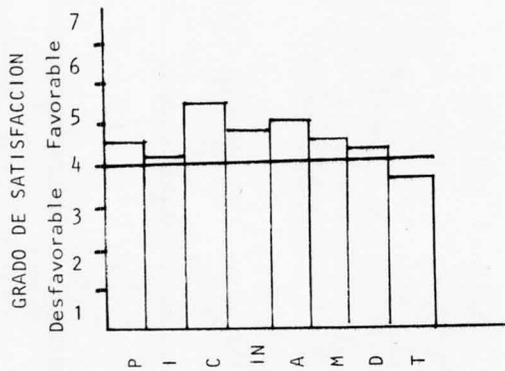
GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL PARAMEDICO SEGUN EL OBJETO DE ACTITUD. CENTROS TIPO "B".



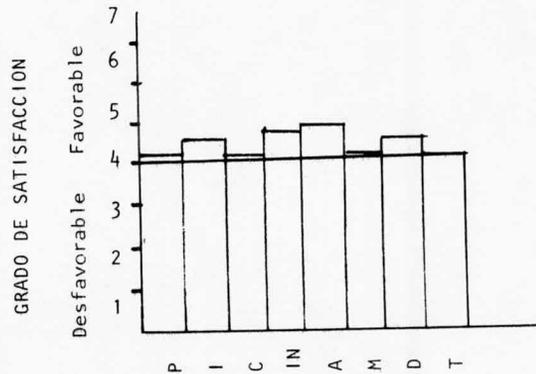
Gráfica No. 32. Centro 5, Tuxtepec,
Oaxaca.



Gráfica No. 33. Centro 6, Loma Bonita,
Oaxaca.



Gráfica No. 34. Centro 7, Ometepec,
Guerrero.



Gráfica No. 35. Centro 8, Sn. Marcos
Guerrero.

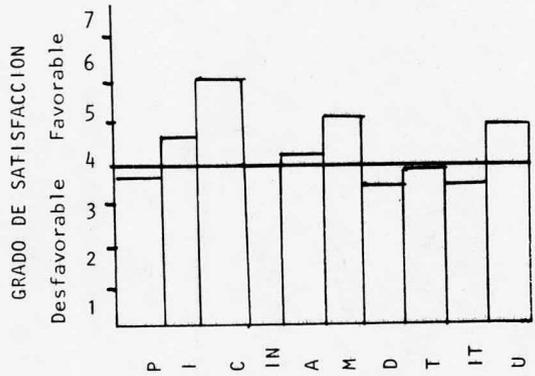
GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS SEGUN EL OBJETO DE ACTITUD. CENTROS TIPO "B".

TABLA 6
CENTRO TIPO "B"

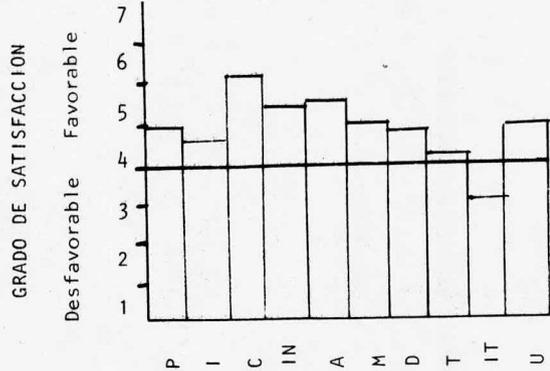
USUARIOS	PARAMEDICO			INSTALACION			COSTO			INSTITUCION			P. ADMIN.			P. MEDICO			DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO			INSTRUMENT.			USUARIOS					
	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF			
				2					3	1					3			3			1			2			2	1					2
	1			1					2	2			1					2	1					2	1					2			2
	1				1				3				4					1				1											

ANALISIS PARTICULAR POR OBJETO DE ACTITUD,
POR TIPO DE CENTRO Y POR CLASE DE SUJETOS
ESTUDIADOS.

No. de Centros = 4

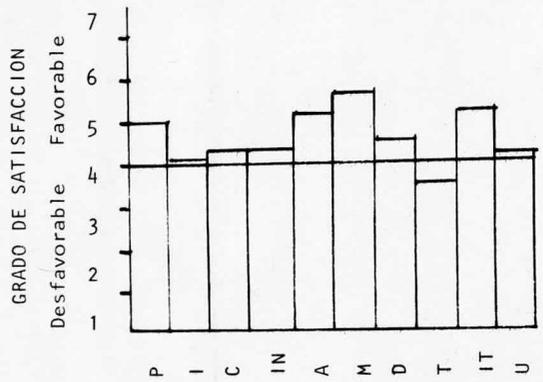


Gráfica No. 36. Centro 9, Chiapa de Corzo, Chiapas.

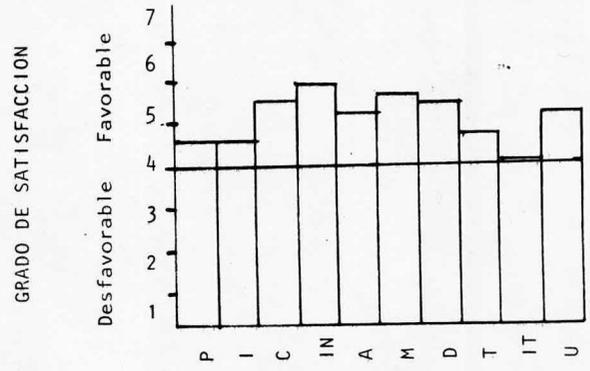


Gráfica No. 37. Centro 10, Temascal, Oaxaca.

GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL MEDICO SEGUN EL OBJETO DE ACTIVIDAD. CENTROS TIPO "C".

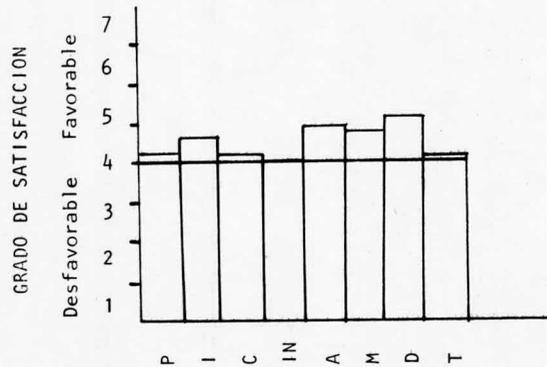


Gráfica No. 38. Centro 9, Chiapa de Corzo, Chiapas.

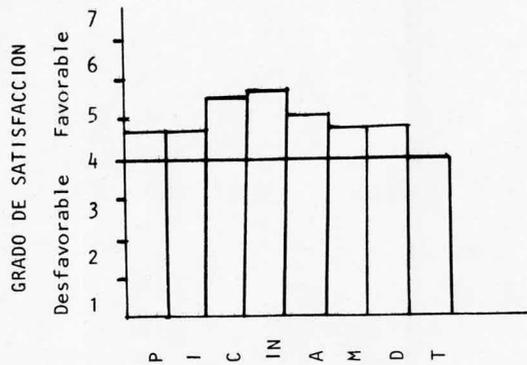


Gráfica No. 39. Centro 10, Temascal, Oaxaca.

GRADO DE SATISFACCION DEL PERSONAL PARAMEDICO SEGUN LOS OBJETOS DE ACTITUD. CENTROS TIPO "C".



Gráfica No. 40. Centro 9, Chiapa de Corzo,
Chiapas.



Gráfica No. 41. Centro 10, Temascal,
Oaxaca.

GRADO DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS SEGUN LOS OBJETOS DE ACTITUD. CENTROS TIPO "C".

TABLA 7
CENTRO TIPO "C"

USUARIOS PARAMED. MEDICOS

PARAMEDICO			INSTALACION			COSTO			INSTITUCION			P. ADMIN.			P. MEDICO			DIAGNOSTICO			TRATAMIENTO			INSTRUMENT.			USUARIOS		
D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF	D	F	MF
	1			2				2		1				1		2				1									2
	2			1				1			1			2			2			2			1			1			1
	1			2				1		1				2			2			2									

ANALISIS PARTICULAR POR OBJETO DE ACTITUD,
POR TIPO DE CENTRO Y POR CLASE DE SUJETOS
ESTUDIADOS.

No. de Centros = 2

DISCUSION

LIMITACIONES

Antes de iniciar la discusión de resultados, es pertinente mencionar aquí todas aquellas limitaciones que tiene nuestro estudio.

Se considera que estas limitaciones han afectado, de una u otra manera, los resultados obtenidos, por lo que es valioso hacer un marcado énfasis en estas dificultades. De esta manera, se espera que futuros estudios mantengan un especial cuidado en no pasar por alto aspectos tan importantes metodológicamente como los que mencionamos a continuación.

Consideramos que para iniciar la discusión de las limitaciones de nuestro estudio es conveniente citar lo que Nunnally puntualiza con respecto a la elaboración de tests. La elaboración de un test, o de otro instrumento cuyo objetivo vaya dirigido a medir u obtener medidas a través de preguntas o reactivos contenidos en formatos denominados cuestionarios, deben contener las siguientes características esenciales, centradas básicamente en estos últimos:

- a) Los reactivos deben aplicarse a un gran número de gente, similar a la población final, esto con el objeto de descartar malos items.
- b) La correlación de cada item con el puntaje total del test. - Si el test tiene diferentes partes y diferentes tópicos, cada reactivo debe ser relacionado con el subpuntaje de cada una de estas secciones,

y estos puntajes, a su vez, con el test total. El coeficiente apropiado en este caso es la correlación Producto-Momento de Pearson, aplicada a -- las relaciones entre un reactivo dicotómico y una distribución múltiple de puntajes. Los reactivos que correlacionan alto con los puntajes totales son generalmente los mejores.

c) Los reactivos deben ser distribuidos en rangos, de acuerdo a -- sus correlaciones con el puntaje total, formando agrupaciones secuenciadas por medio del coeficiente alfa o de la fórmula KR20. Usualmente se requieren 30 reactivos para obtener confiabilidad.

d) Por último, debe obtenerse la distribución de frecuencias de -- los puntajes totales obtenidos por los reactivos.

Cada prueba debe ser respaldada por una hipótesis acerca de las -- relaciones entre un particular tipo de reactivos y otro tipo de estos. -- Cada test debe ser homogéneo en contenido y, consecuentemente, los items de cada test deben correlacionar sustancialmente con el o los otros items. Las correlaciones entre diferentes test deben ser estudiados por medio -- del análisis factorial. Los factores resultantes constituyen un conjunto de unidades de medida del objeto que se estudia. (Nunnally, 1978).

Sin embargo, en nuestro estudio, y a pesar de las recomendaciones de Nunnally mencionadas con anterioridad, el procedimiento seguido fué diferente. El problema se centra básicamente en las diferentes sub-escalas que constituyeron la escala general, ya que, de hecho, nunca se llegó a relacionar los puntajes de cada una de las sub-escalas con el puntaje total de la escala, lo cual complica la situación al obtener el resultado final en cuanto a la actitud se refiere. Si se recuerda, la actitud global se obtiene al promediar cada una de las subescalas, suponiendo, de esta manera, que las correlaciones entre los items las subescalas y el puntaje total de la escala es alto y que, por lo tanto, la escala en general

y en conjunto con las subescalas, está midiendo lo mismo: actitud hacia el servicio médico.

No se tiene en absoluto certeza por medio de procedimientos estadísticos de la validez y la confiabilidad de este instrumento. El único procedimiento que se siguió para determinar si la escala medía lo que debería medir fué la técnica intrínseca de construcción de la misma; es decir, la validación por jueces.

Otro problema que se presenta en este estudio, es el que se refiere al modelo de intervalos aparentemente iguales de Thurstone. Discutámoslo brevemente.

El juicio psicofísico es considerado tradicionalmente como una -- función de dos factores: 1) La separación o diferencia entre las magnitudes físicas del estímulo, 2) un poder discriminativo medido en términos de sensodistancias o diferencias apenas notables.

Se supone que cada juicio psicológico es principalmente condicionado por cuatro factores llamados las dos magnitudes del estímulo o la separación entre ellos, la dispersión o variabilidad del proceso el cual --- identifique el estímulo estandar y la dispersión o variabilidad del proceso que identifica la variable estímulo.

Con este respecto, es usualmente asumido que al notar diferencias similares, esta similitud es la misma en el continuo psicológico, lo cual es erróneo. (Maranell, 1974).

Por otro lado, la esencia del modelo monotónico de Thurstone es que cada ítem debe tender a recibir acuerdo en una sola posición del atributo. Por consiguiente, es problemático asumir una distribución aproximadamente normal para las respuestas proporcionadas, ya que admite que cada ítem ocasiona algún error. Sin embargo, es imposible el que no exista -- error ya que se requiere que el modelo sea aplicado estrictamente, y que

Los sujetos responden "de acuerdo" para un solo ítem, obteniendo el valor escalar de este ítem en base a los juicios de los jueces. Pero, ya que los sujetos no responden de esta manera, una práctica frecuente es formar el promedio escalar de estos ítems como el puntaje total del sujeto, lo cual puede ser otra fuente de error. (Nunnally, 1968)

Además, esta escala está sujeta a gruesas distorsiones debido a -- las limitaciones mecánicas del método (la elección del estímulo apropiado entre un gran número de los mismos), ya que existe poca familiaridad con los rangos del estímulo.

La limitación más seria es suponer que la distancia entre uno y -- otro punto de la escala es igual, y que, por lo tanto, la dispersión que el estímulo proyecta es normal (Thurstone, 1959). En adición, es impor--tante, con fines de determinar el grado de utilidad de los resultados obtenidos, si los objetos de la actitud incluidos en la escala se encuen--tran de alguna manera relacionados con la actitud que se manifiesta. Para ésto se recomienda realizar un análisis de regresión. De esta manera el análisis nos indicaría qué factores de los que se incluyen en la esca--la determinan la actitud hacia el servicio médico.

Como conclusión a los aspectos mencionados con anterioridad, y que afectan de una forma por demás importante al estudio, se puede decir lo -- siguiente:

- Los resultados de este estudio deben tomarse con precaución, con siderando las limitaciones ocasionadas por la ~~no obtención~~ ^{no obtención} de validez y confiabi lidad del instrumento utilizado.

- La falta de seguridad de que las escalas midan lo mismo y que es ta consistencia se extienda a la escala general, hace problemático el pro--mediar estas sub-escalas para obtener un puntaje global de la actitud.

- La realización de un análisis de regresión sería de una gran -- utilidad para ayudarnos a esclarecer en qué forma y porqué se están comportando los datos para determinar la actitud general.

- La forma en que finalmente quedó constituida la escala en cuanto a las tres opciones de respuesta: Desacuerdo, Indeciso, Acuerdo, debe considerarse también como una posible fuente de problemas en cuanto a la tendencia de los datos al punto medio (Sherif y Hovland, 1961).

Es importante mencionar aquí que aún a pesar de las limitaciones de la escala, existió una alta correlación entre los resultados obtenidos por el registro de observación directa para medir interacción Médico-Paciente y la Escala Actitudinal. Mientras que por medio de observación directa se obtuvo una interacción neutral o indiferente, en la escala actitudinal se obtuvo el mismo resultado.

- Las deficiencias existentes en el estudio se deben básicamente a la irregularidad con que estos se realizan, tales como: la escasez de --- tiempo y recursos para el desarrollo y piloteo adecuado de los instrumentos así como del análisis de los datos. El mantenimiento de un rigor metodológico es muchas veces sacrificado por obtener con prontitud cual---- quier tipo de resultados que sirvan como "soporte" a algunas decisiones - tomadas por los organismos que solicitan la realización de estos estudios.

Después de realizadas estas aclaraciones, pasemos a la:

Discusión de Resultados

Como se habrá notado en los resultados que se describieron con anterioridad, el promedio de la actitudes de los tres tipos de población es estudiada, se inclinan hacia el punto neutro del continuo actitudinal.

En el primer análisis de resultados nos encontramos que la actitud

general de las poblaciones estudiadas en los Centros Tipo "A" y Tipo "B" se mantienen constantes en el intervalo considerado como neutral. Sin embargo, si observamos el puntaje actitudinal obtenido en los Centros Tipo "C", notamos que existe una tendencia a expresar una actitud favorable - hacia el servicio médico.

En el otro tipo de análisis, referente al promedio actitudinal obtenido por clase de sujetos estudiados, la población que manifiesta un -- promedio actitudinal más elevado y tendiente a una actitud favorable, es el personal paramédico.

En el tercer tipo de análisis, podemos apoyar más firmemente las deducciones que se han hecho a partir de los dos análisis anteriores de - datos.

Por una parte, y de acuerdo a lo aquí referido con respecto al alto porcentaje actitudinal obtenido para los Centros "C", observando la tabla 7, podemos notar que no existe un sólo aspecto del servicio médico marcado como desfavorable por cualquiera de las poblaciones estudiadas. Si -- profundizamos aún más, podemos decir que algunos aspectos que influyen en esta inclinación a una actitud favorable fueron principalmente:

- el costo
- el personal médico
- la institución
- el personal administrativo

En cuanto al segundo análisis referente a una actitud favorable del personal paramédico, observamos que, salvo en tres ocasiones en que el personal paramédico de los Centros "A" manifiesta una actitud desfavorable hacia las instalaciones y la instrumentación, y en un Centro "B" nuevamente hacia las instalaciones, el personal paramédico mantiene una actitud favorable hacia el servicio médico general, siendo los aspectos principales:

- el costo
- el personal administrativo
- el personal médico
- el diagnóstico
- la institución

Si realizamos una comparación entre los aspectos más importantes -- arrojados por este tipo de análisis, es notable que por lo menos en cuatro aspectos se denota una actitud favorable hacia el servicio médico:

- el costo
- el personal médico
- el personal administrativo
- la institución

De estos aspectos puede deducirse que la imagen que tienen la SSA - ante sus empleados y sus usuarios es muy favorable en cuanto a los cuatro factores mencionados con anterioridad.

Pasemos ahora a realizar estas mismas operaciones pero en sentido inverso, es decir, vamos a externar las características que parecen relevantes en la actitud desfavorable hacia el servicio médico en general.

Son entonces los siguientes aspectos lo que se presentaron más frecuentemente:

- instalaciones
- instrumentación
- personal paramédico
- personal administrativo
- institución

Las instalaciones tuvieron un alto porcentaje en cuanto a actitudes desfavorables, en general, así como la instrumentación.

Es importante hacer notar que en las instalaciones el personal médico y paramédico estudiados en los Centros "A" y "B" tuvieron un acuerdo en su actitud desfavorable hacia este aspecto. Este es el mismo caso del objeto actitudinal denominado instrumentación.

En los otros tres aspectos se obtuvo con una frecuencia de 1 y por parte de los médicos en los Centros "A" y "B" (en institución) una actitud desfavorable.

Por último, podemos concluir que la actitud general de los sujetos involucrados en el servicio médico que se da en México es, en general, -- neutral, pero que, sin embargo, existen algunos aspectos que surgen como importantes, tanto en la denotación de una actitud tanto favorable como - desfavorable.

CONCLUSIONES

Desgraciadamente el estudio realizado adolece de algunos problemas metodológicos relacionados básicamente con el instrumento diseñado y con la población estudiada. Estos problemas limitan en cierta medida lo que se puede aportar en esta tesis acerca del estudio de la actitud en el campo de los servicios médicos.

Sin embargo, es posible decir que este es un intento por contribuir al enriquecimiento de la información que se obtiene por medio del uso de técnicas de medición indirecta en la Investigación Evaluativa. - El cuestionar a la población que tiene contacto con el objeto de estudio evaluativo ha sido una inquietud del organismo encargado de tomar decisiones con respecto a los servicios prestados. Consideramos que la introducción de técnicas psicofísicas para medir actitudes es una contribución valiosa del psicólogo en este campo.

No debe perderse de vista, sin embargo, que la medición de las actitudes de la población es sólo una de varias medidas que deben utilizarse en cualquier estudio evaluativo con el fin de contar con una visión más completa del objeto bajo estudio.

Es recomendable para estudios posteriores la elección de una técnica actitudinal que sea accesible a la población que se estudiará, pero al mismo tiempo que sobrepase los problemas de que adolece la presente.

Por otro lado, cuando la escala esté compuesta por una serie de objetos de actitud, es importante contar con la seguridad de que todos

estos, en conjunto con la escala general, miden lo que se quiere medir. De esta manera el esfuerzo invertido en este tipo de estudios tendrán menos probabilidad de convertirse en estériles.

No está por demás enfatizar que vale la pena poner especial atención en los puntos tratados anteriormente en la discusión con respecto a las limitaciones del estudio, tratando de no escatimar en el uso de todas aquellas técnicas que tenemos a la mano con el fin de obtener resultados completamente validos y confiables.

Por otro lado, la definición de la población que se estudia plantea un importante punto de discusión.

Tenemos, por una parte, la proposición de que la población que está directamente en contacto con el servicio médico, se encuentra en una posición ideal para reportar lo adecuado o inadecuado de los mismos en -- función del nivel alcanzado por los beneficios obtenidos.

Sin embargo, al analizar más detenidamente este planteamiento, una vez realizado el estudio, se llega a aspectos interesantes, tales como:

- ¿Porqué es que un gran porcentaje de la población a la que se preguntó acerca de su actitud se agrupó en el punto 4 del continuo manifestando así indiferencia?

- ¿Es posible que este factor se deba a que la población estudiada ha elegido mantenerse al margen de la problemática existente en los servicios médicos?

- ¿Qué influencia tiene en la determinación de la actitud de la población el que estos sujetos en su totalidad se encuentren involucrados - o comprometidos con la institución acerca de la cual están opinando?

- ¿Existiría una diferencia significativa entre el índice actitudinal de una población exógena en cuanto al servicio médico se refiere, con la que expresó la población seleccionada para el estudio?

Estas son todas preguntas muy interesantes que para ser contestadas adecuada y satisfactoriamente requiere de la realización de otro estudio en el que se incluyan aquellas variables o factores que puedan ser utilizados para determinar la ausencia o existencia de "SESGO" en nuestro estudio.

En este punto de nuestro estudio, nos limitamos a exponer nuestras conclusiones con respecto a las preguntas planteadas anteriormente y en base a los datos obtenidos.

La respuesta a esta pregunta nos la dá la afirmación confirmada - por otros estudios (Larsen, Attkinson, y Hargreaves, 1977; Sheps, 1975; Balch y Ireland, 1977) de que las personal que reciben este tipo de servicios o ayudas sociales van a mostrar regularmente una tendencia a sobre estimar o sobrevalorar la bondad de estos servicios o, en su defecto, a expresar una actitud neutral hacia los mismos cuando la información que pueden proporcionar sea negativa (NO SE o INDECISO).

Debido a los resultados obtenidos, es posible deducir que la mayor parte de la población estudiada parece caer en el puesto discutido anterior mente, sin embargo, a pesar de ésto, debe puntualizarse que se obtuvieron indicadores que cayeron tanto en juicios de favorables como desfavorables.

Otro problema que se da en este tipo estudios la pudo haber causado el hecho de que las personas encargadas de realizarlo y aplicar las escalas eran inmediatamente identificadas como pertenecientes a la institución, lo cual obviamente sesgó los datos. ✓

Por otro lado, es lógico suponer que la actitud de personas totalmente ajenas al mecanismo de prestación de dichos servicios va a expresar una actitud que no va a estar influenciada por factores tales como: miedo a expresar lo que piensa por perder el empleo o por "quedar bien" y en el

caso de los usuarios por el "agradecimiento" al servicio que se les proporciona.

En cuanto al instrumento en sí, la escala actitudinal demostró -- ser sensible a las actitudes manifestadas por la población ya que, a pesar de la información que se obtenía, era sesgada, se obtuvieron puntajes que sobresalieron del punto neutral.

Por otro lado, la modificación que se hizo a la escala en cuanto a los sujetos que contestasen acuerdo, desacuerdo o no sé, en lugar de seleccionarlos ellos mismos de acuerdo a aquellas con las que estuviesen de acuerdo, dió excelentes resultados ya que redujo notablemente el nivel de dificultad para responder la escala, sin embargo, esto acarrea el problema ya antes mencionado de que los puntajes tienden a caer en el punto neutro del continuo.

Nuestra proposición al finalizar esta tesis es, en cuanto al modelo evaluativo del factor actitudinal, dirigida hacia el planteamiento de un modelo que contemple todos aquellos factores alternativos que pueden causar ya sea errores o una visión incompleta de la realidad.

Por último, el índice actitudinal obtenido nos proporciona un indicador acerca del estado del servicio médico como es percibido por la población que mantiene un contacto directo o indirecto con él.

Este índice nos ayuda a determinar estos aspectos y relacionarlos con los otros índices que se utilizan en la investigación evaluativa, -- con el fin de determinar la efectividad de estos programas sociales.

Los índices restantes deben comprender todas aquellas instancias que puede contener un sistema, tales como el contexto, medidas directas de utilización de los servicios, etc., que una vez relacionados con este factor importante, que es la población, den una visión evaluativa global del estado del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albers, R.J. Patient Satisfaction: Problems and Prospects. Peoría Area Mental Health Center Inc., March 1976.
- Anastasi, A. Test Psicológicos. Madrid: Aguilar 1973
- Ayala, H. Desarrollo de instrumentos de medición de la calidad de los servicios médicos. En las Memorias del Seminario en Investigación en Servicios de Salud. México: Edit. CONACYT 1978.
- Balch, P., Ireland, J. Client Evaluation of Community Mental Health Services: "Relation to demographic and treatment variables". Department of Psychology, University of Arizona, Tucson, Ariz. 85721: 1977.
- Barrel, R.P. A measure of staff attitudes toward care of physically ill patients. Journal of Consulting Psychology, Vol. 29, No. 3, 218-222, 1965.
- Bohrnstedt, G.W. Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes. En Medición de Actitudes de Gene F. Summers. México: Ed. Trillas 1976.
- Brophy, A.D. Self role and satisfaction. Genetics Monographs, 1959, Vol. - 59, 263-308
- Capello, H. "Medición de la Actitud de los Asegurados del IMSS". Memorias I Congreso de Psicología. México: Memorias, 1968.
- Chein, I. Una Introducción al Muestreo. Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales. Selltiz, C. México: Ed. Trillas, 1975.
- Ciarlo, J.A. Análisis y monitoreo de resultados de un programa de salud. -- Evaluation (4:1, 1977), Minneapolis Medical Research Foundation.
- Ciocco, A. An index for the appraisal of health department activities: Program evaluation in the health fields de Herbert C. Schulberg, Alan - Sheldon y Frank Baker, New York: Human Science Press, 1977.
- Donabedian, A. Some issues in assessing and monitoring the quality of personal health services. Memorias del Seminario de Investigación en Servicios de Salud. México: Ed. CONACYT, 1978.
- Edwards, A. Techniques of attitude scale construction. New York: Appleton - Century Crofts, 1957.
- Fiser, J.R. Judgement of attitudes statements as a function of judges' attitudes and the judgemental discusion. Psychological Reports, 1977, -- Vol. 35
- Garza, M.A. Manual de técnicas de investigación. México: El Colegio de Méxi

co, 1972.

- Good, W. y Hatt, T. Técnicas de investigación en psicología social. México: Trillas, 1975.
- Gutiérrez, M.R. Análisis de la técnica y problemas inherentes a la construcción de una escala de actitudes. México: Tesis profesional UNAM, Facultad de Psicología, 1968.
- Henerson, M., Morris, L., Fitz-Gibbon, C. How to measure attitudes. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, Inc., 1978.
- Julio, S.S. de, Et Al. Personal satisfaction as a criterion for evaluating group success. Psychological Reports, 1977, Vol. 40, 409-410.
- Kahn, M.W. y Jones, N.F. A factorial study of patient attitudes toward mental illness and psychiatric hospitalization. Journal of Clinical Psychology, 1963, Vol. 9, No. 1
- Kerlinger, F. Investigación del comportamiento. Técnica y metodología. México: Nueva Editorial Interamericana, 1975.
- Kinsman, R.A., Jones, N.F., Matus, I y Sohum, R. Patient variables supporting chronic illness and hospitalization: A scale for measuring attitudes toward illness and hospitalization. Journal of Nervous and Mental Disease. 1976, Vol. 103, No. 3.
- Larsen, D.L., Attkinson, C.C. y Hargreaves, W.A. The assessment of client - satisfaction in the evaluation of human services programs: Issues methods and the development of a general scale. Working Draft. 1977.
- Likert, R. Una técnica para medir actitudes. Archivos de Psicología. 1932, No. 140.
- Nunnally, C.J. "Method and theory for developing measures in evaluation research". Evaluation Studies. New York: McGraw Hill, Review Annual, Vol. 1, 1977.
- Nunnally, J.C. Psychometric theory. McGraw Hill, 1978.
- Margolis, B., Sorensen, I.J. y Galano, J. "Consumer satisfaction in mental - health delivery services" Profesional Psychology. San Fco. Calif., -- 1977.
- Pardinas, F. Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. México: Siglo XXI, 1968.
- Rodríguez, A. Psicología Social. México: Trillas, 1976.
- Seiler, L.H. y Haugh, R.L. Comparaciones empíricas entre las técnicas de Likert y Thurstone. Medición de actitudes. México: Trillas, 1976, --- 194-210.

- Selltiz, C., Edrich, H. Ratings of favorableness of statements about a social group as an indicator of attitude toward a group. Journal of Personality and Social Psychology, 1965. Vol. 2, No. 3, 408-415.
- Shelly, M.W. Analysis of Satisfaction I. MSS Information Corporation, --- New York, 1972.
- Analysis of Satisfaction II. MMS Information Corporation. --- New York, 1972.
- Sheps, M.C. Approaches to the quality of hospital care. En Program Evaluation in the Health Fields de Herbert C. Schulberg, Alan Sheldon y - Frank Baker. New York: Human Science Press, 1977.
- Schulberg, C.H., Sheldon, A. y Baker, F. Evaluating the quality of medical care. En Program Evaluation in the Health Fields. New York: Human Science Press, 1977.
- Siegel, S. Estadística no paramétrica. México: Trillas, 1970.
- Smith, W.J. Scales which measure behavioral reactions to illness during -- hospitalization and attitudes toward hospitals. Psychological Reports, 1975, 36, 719-724.
- Sorensen, J.L., Kantor, L., Margolis, R.B. y Galano, J. The extent, nature and utility of evaluating consumer satisfaction in community mental health centers. San Fco., Calif.: Bowling Green State University, University of California, San Francisco.
- Summers, G. Medición de Actitudes. México: Trillas, 1975.
- Thurstone, L.L. Fechner's law and the method of equal-appearing intervals. Journal of Experimental Psychology, 1929, 12, 214-224. The Measurement of Values, The Univesity of Chicago Press, Chicago y London, - 1959.
- Thurstone, L.L. Las actitudes pueden medirse. American Journal of Sociology, 1929, Vol. XXXIII.
- Thurstone, L.L. Psychophysical analysis. American Journal of Psychology. - Vol. 38, 1927, pp. 368-89. Sealing. A Source book for behavioral -- scientists. Gary M. Maranell, Univesity of Kansas, Aldine Publish- ing Company, Chicago, 1974.
- Thurstone, L.L. y Chave, E.J. Un criterio objetivo de inadecuación. The - measurement of attitudes. The Univesity of Chicago Press, 1929.
- Upshaw, H.S. The effect of variable perspectives on judgement of opinion -- statements for Thurstone scales: Equal appearing intervals. Journal

- of Personality and Social Psychology. 1965, Vol. 2, No. 1, 60-69.
- Upshaw, H.S. Own attitude as an anchor in equal appearing intervals. Journal of Abnormal and Social Psychology. 1962, Vol. 64, No. 2, 85-96.
- Weiss, C.H. Investigación evaluativa. México: Ed. Trillas, 1975.
- Weiss, C.H. Utilization of evaluation: Toward comparative study. Miami --- Beach, Florida: American Sociological Association. September, 1966.
- Wrightsman, L.S. Attitudes and behavior: Prejudice and discrimination. Social Psychology. Wodsworth Publishing Inc., Calif. 1972.
- Sherif, M. y Hovland, C.I. Social Judgment. New Haven: Yale University Press, 1961.

A P E N D I C E

ANEXO 1

FORMATO MEDICOS Y PARAMEDICOS

La Universidad Nacional Autónoma de México está llevando a cabo un estudio para determinar las actitudes que se tienen acerca de los -- servicios médicos en general.

Para tal propósito se le pide que conteste el siguiente cuestionario, en el que Usted debe marcar con una cruz si se encuentra en desacuerdo, indeciso o en acuerdo con la serie de afirmaciones que se le - presentan de varios aspectos de los servicios médicos.

A continuación se le dá un ejemplo, de la forma en que se debe contestar el cuestionario.

Ejemplo:

1. El personal del Centro es puntual.

 X
Desacuerdo Indeciso Acuerdo

Si usted marca la primera opción, se manifiesta en desacuerdo con lo que se dice en la afirmación. Esto significa que, para usted, el personal - del Centro llega tarde.

1. El personal del Centro es limpio.

 X
Desacuerdo Indeciso Acuerdo

En este caso, si usted marca la opción del centro, dá a entender que no se encuentra informado o que no puede decidir, si el personal es limpio o sucio.

1. El personal del Centro hace una muy buena labor.

 X
Desacuerdo Indeciso Acuerdo

Si Usted marca la última opción, quiere decir con ésto que el personal - del Centro trabaja muy bien. Esto es, usted está de acuerdo con la afir- mación que se le presenta.

De acuerdo al ejemplo que se le dió, se le pide que conteste el cuestionario en la misma forma y sin dejar de contestar todas las pre- guntas que se le hacen.

Pase a la siguiente hoja.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones acerca de los servicios médicos.

Por favor conteste con toda sinceridad.

No es necesario que escriba su nombre.

¡¡¡GRACIAS POR SU COOPERACION!!!

ACTITUD HACIA EL PERSONAL PARAMEDICO

COL. IBM CODIGO

1. Cuando uno busca a una enfermera, rara vez la encuentra.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. A las enfermeras les interesa más que nada hacer bien su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. Las enfermeras desempeñan bien su trabajo por lo que todo marcha bien en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. Hay que exigir más puntualidad a las enfermeras para que mejore el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Las enfermeras llegan tarde.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Las enfermeras del Centro son groseras con los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Las enfermeras tratan de adaptarse a la manera de hablar de los pacientes que van al Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. El Centro cuenta con enfermeras responsables.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Las enfermeras regañan a los pacientes cuando van a consulta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Las enfermeras del Centro rara vez son enojonas con el personal.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Las enfermeras atienden a las solicitudes de los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. A las enfermeras del Centro les gusta atender a la gente que paga más.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. Las enfermeras les dan confianza a los pacientes para que éstos les cuenten sus enfermedades.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Las enfermeras acostumbran atender a pocos pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. Las enfermeras por su trato parece que ignoran que los pacientes también son humanos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

16. Las enfermeras acostumbran atender más que nada a sus recomendados.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

17. Las enfermeras despiertan el interés de sus pacientes por su salud.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

18. Las enfermeras atienden con indiferencia a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA LAS INSTALACIONES

COL . IBM CODIGO

1. Los baños del Centro están limpios.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. Es difícil para los pacientes asistir al Centro porque les queda muy lejos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. Las instalaciones del Centro son deficientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. En el Centro son cuidadosos en el mantenimiento de las instalaciones.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. La causa del ausentismo del personal del Centro es porque éste se encuentra retirado de sus hogares.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. El personal médico cuenta con el equipo necesario para dar un buen servicio.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Las instalaciones están en condiciones óptimas de limpieza, por lo que dan confianza a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. El Centro está sucio frecuentemente.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Los consultorios del Centro cuentan con un buen sistema de seguridad.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. La luz de los consultorios del Centro es deficiente.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Los consultorios del Centro tienen buena ventilación.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

12. El instrumental con que cuenta el Centro es de buena calidad.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

1. Cuando se paga más, atienden mejor en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

2. En el Centro tratan de ayudar económicamente a los pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

3. Los médicos procuran recetar sólo las medicinas que los pacientes pueden pagar.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

4. Algunos médicos del Centro se aprovechan de su profesión para sacar dinero a sus pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

5. La trabajadora social estudia la situación económica de cada paciente para ayudarlo.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

6. Sale muy caro transportarse hasta el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

7. Los partos son caros en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

8. La trabajadora social sirve para reducir el costo del servicio.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

9. En el Centro, como en muchas partes, hay que dar "mordidas" para que lo atiendan a uno.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

10. Por el buen servicio que se recibe lo que se paga es poco.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

11. Los servicios del Centro están al alcance de todos porque son muy económicos.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

12. No vale la pena gastar tanto en el Centro, para que en realidad no curen a los pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

13. ¿Cuál es el precio que paga para recibir consulta?

14. ¿Cuál es el precio que paga por hacerse análisis?

15. ¿Cuál es el precio que paga por hacerse radiografías?

16. ¿Cuál es el precio que paga por un parto?

17. ¿Cuál es el precio que paga por una operación?

18. ¿Cuál es el precio que paga por su ficha?

19. ¿Ha pagado alguna vez cuotas adicionales?

ACTITUD HACIA LA INSTITUCIONCOL.IBM CODIGO

1. Una de las políticas del Centro es cobrar a los pacientes más de lo necesario para que valoren el servicio.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

2. Las limitaciones con que trabaja en el Centro ocasionan que el personal haga una mala labor.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

3. Se hace muy poco para solucionar las deficiencias del Centro.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

4. El que el Centro aumente sus recursos sería un lugo.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

5. A los empleados administrativos se les paga poco.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

6. La obligación de los médicos del Centro es atender a muchos pacientes en poco tiempo.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

7. El horario de trabajo en el Centro es accesible.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

8. La institución habitualmente se preocupa por proporcionar medios para continuar el desarrollo profesional del personal paramédico.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

9. Sería un lugo que el Centro aumente su personal.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

10. El Centro cuenta con otras instituciones a donde recurrir en caso de ameritarlo.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

11. Hay más personal del que se necesita en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. El Centro tiene maneras de interesar a los empleados para que éstos hagan bien su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. La institución habitualmente se preocupa por proporcionar medios para continuar el desarrollo profesional del médico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Existen sesiones del cuerpo médico del Centro para discutir problemas de índole médico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. El Centro es:

Malo

Bueno

ACTITUD HACIA EL PERSONAL ADMINISTRATIVOCOL. IBM CODIGO

1. El personal de la recepción maltrata a los pacientes por cualquier motivo cuando van a sacar su ficha.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

2. Aunque haya emergencias, al personal administrativo le importa poco que la gente se esté muriendo.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

3. El personal da una buena atención a los pacientes por lo que acuden al Centro cuando lo necesitan.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

4. Cada quien debe pasar a consulta sin hacer tanto trámite.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

5. Cuando se presenta una emergencia, el personal administrativo la atiende aunque sea fuera de horario.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

6. El personal hace poco caso a los pacientes que les están esperando.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

7. El personal administrativo le da una rápida atención a los pacientes.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

8. Al personal administrativo le hace falta iniciativa en su trabajo.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

9. El personal administrativo es muy capaz de realizar adecuadamente su trabajo.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

10. El personal administrativo más que nada desordena los expedientes.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

11. Las personas que dan las fichas a los pacientes son responsables.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. El personal administrativo pierde el tiempo platicando en lugar de atender rápidamente a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. Las personas que trabajan en el Centro sienten que los pacientes son tan importantes como ellos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Los empleados administrativos del Centro dan una mala atención.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. Es difícil encontrar al personal administrativo cuando se le necesita.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

16. Cuando alguien va de emergencia, los empleados administrativos le dan preferencia a éste en relación a los demás pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

17. El personal del Centro acostumbra atender a muchos pacientes en poco tiempo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

18. En general el personal administrativo se da cuenta de las obligaciones que tiene.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

19. Los trámites que se siguen en el Centro son complicados para los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA EL PERSONAL MEDICO

COL. IBM CODIGO

1. Hay menos doctores de los que se necesitan para dar una buena consulta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. A los médicos del Centro les interesa acabar rápido con su consulta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. Los médicos del Centro acostumbran atender a muchos pacientes en poco tiempo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. Los médicos de este Centro atienden indistintamente a paciente pobres o ricos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Los médicos del Centro ponen atención a sus pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Los médicos se esfuerzan poco para que sus pacientes los entiendan.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. La mayoría de los médicos del Centro son malos doctores.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. El Centro es bueno porque los doctores que trabajan en él son puntuales.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Sería más fácil para los pacientes contar sus enfermedades, si los médicos del Centro les pusieran atención.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Los doctores del Centro son considerados con los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Parece que los médicos de este Centro ignoran que sus pacientes son humanos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. Los doctores del Centro están ausentes cuando se les necesita.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. Los médicos del Centro difícilmente pueden abarcar lo que haría un médico especialista.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Los médicos del Centro son respetuosos con sus pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. Las equivocaciones que tienen los médicos se deben a que desconocen lo necesario acerca de todas las enfermedades.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

16. Los doctores del Centro retrasan las consultas.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

17. Los médicos del Centro inspiran confianza a sus pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

18. Los enfermos pueden explicar bien sus problemas porque los médicos del Centro les tienen paciencia.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO

COL. IBM CODIGO

1. Los médicos del Centro elaboran una buena historia clínica.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. En el Centro se hace el diagnóstico sin ayuda de análisis.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. El médico hace una exploración adecuada al paciente antes de darle la receta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. Las fallas en el diagnóstico son debidas a la carencia de radiografías.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Los doctores les explican a los pacientes claramente cual es su enfermedad.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Los doctores con más experiencia dan un buen diagnóstico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Los médicos se apresuran a dar la receta al paciente para salir del paso.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. El diagnóstico que dan los médicos acerca de una determinada enfermedad es inadecuado.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Se han equivocado los médicos frecuentemente al decir a los pacientes la enfermedad que tienen.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Los doctores del Centro diagnostican oportunamente cualquier anomalía que presentan los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Aunque tengan que atender a muchos pacientes en tan poco tiempo, los doctores dan un buen diagnóstico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. En el Centro se hacen diagnósticos sin ayuda de radiografías.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO

COL. IBM CODIGO

1. Las fallas en el tratamiento son debidas a una mala preparación del personal médico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. Se le tiene desconfianza al tratamiento que dan los doctores del Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. El materila que se utiliza para el tratamiento es suficiente en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. A veces los médicos dan un tratamiento y dudan que sea del todo correcto.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Las medicinas que recetan los doctores de este Centro sirven poco para curar la enfermedad de los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Las medicinas que recetan en el Centro son buenas.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Los pacientes acostumbran tomar las medicinas que se les recetan.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. Las fallas en el tratamiento son debidas a la falta de medicinas en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. La culpa de que el tratamiento que se dá no funcione es exclusivamente de los pacientes, ya que no lo siguen.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Los médicos del Centro no pueden abarcar lo que haría un médico especialista.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Las medicinas que dan los doctores en el Centro alivian a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

12. Los pacientes sanarían rápidamente si los médicos del Centro desempeñaran bien su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

ACTITUD HACIA LA INSTRUMENTACION

COL. IBM CODIGO

1. El instrumental con que se cuenta es adecuado para manejar la consulta.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

2. El material con que se cuenta en los Centros es más que suficiente.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

3. Los resultados que arroja el laboratorio acerca de los análisis que se sacan a los pacientes, son de poco fiar.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

4. Existe el material clínico necesario en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

5. Se necesitan más camas en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

6. Los resultados que aorjan las radiografías del Centro son poco claros, como para basar en ellos un buen diagnóstico.

Desacuerdo Indecido Acuerdo

7. Existe más material del que es necesario en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

8. El laboratorio del Centro en la mayoría de los casos corrobora el diagnóstico clínico.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

9. Tener más material en el Centro sería un lujo.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

10. La mala atención que se le da al paciente es porque falta mucho equipo en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo

ACTITUD HACIA LOS USUARIOS

COL. IBM. CODIGO

1. El machismo de los pacientes les impide hacer caso de los consejos que les dan los doctores.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. El interés de los pacientes propicia que se recuperen rápidamente de sus enfermedades.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. En este Centro no se explora al paciente por temor a contagiarse de su enfermedad.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. Los pacientes que vienen al Centro son personas bastante equilibradas.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. La mayoría de la gente que viene al Centro ya no tiene remedio.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Los enfermos que van al Centro se desesperan mucho al esperar la consulta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Los pacientes procuran ir limpios a consulta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. Es necesario tratar mal a la gente que acude al Centro para que entienda.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Es agradable tratar con personas de clase media.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. La culpa de que los pacientes no se curen es de ellos mismos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Los pacientes tratan de cooperar lo más que pueden con los doctores.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

12. La escasa educación de los pacientes es una gran dificultad para comunicarse con ellos.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

13. Los pacintes que vienen al Centro necesitan un buen trato para que comprendan como deben curarse.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

14. Es bueno ayudar a los pacientes que tratan de mejorar su condicion.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

15. En ocasiones las creencias de los pacinetes impiden que se curen más rápido.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

16. Los médicos tratan bien a los pacientes y éstos corresponden a sus atenciones

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

17. La mayoría de los pacientes regresan al Centro cuando les dan la cita.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

18. Los pacientes son despistados y por eso no entienden lo que se les dice.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

19. Los pacientes que acuden al Centro son persona sanas con problemas simples de salud.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

20. La mayoría de los pacientes que acuden al Centro conocen bien sus problemas.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo — —

POR FAVOR ESCRIBA LOS DATOS QUE SE LE PIDEN A CONTINUACION

	<u>COL.</u>	<u>IBM</u>	<u>CODIGO</u>
CLAVE DEL CUESTIONARIO _____	___	___	___
EDAD _____	___	___	___
SEXO _____		___	___
ESCOLARIDAD O PROFESION _____		___	___

No marcar en los siguientes espacios:

NUMERO DE TARJETAS	___	___
NUMERO DE LA TARJETA	___	___
NUMERO DE PREGUNTAS DE LA TARJETA	___	___

ANEXO 2

FORMATO USUARIOS

La Universidad Nacional Autónoma de México está llevando a cabo un estudio para determinar las actitudes que se tienen acerca de los -- servicios médicos en general.

Para tal propósito se le pide que conteste el siguiente cuestionario, en el que Usted debe marcar con una cruz si se encuentra en desacuerdo, indeciso o en acuerdo con la serie de afirmaciones que se le - presentan de varios aspectos de los servicios médicos.

A continuación se le dá un ejemplo, de la forma en que se debe contestar el cuestionario.

Ejemplo:

1. El personal del Centro es puntual.

 X
Desacuerdo Indeciso Acuerdo

Si usted marca la primera opción, se manifiesta en desacuerdo con lo que se dice en la afirmación. Esto significa que, para usted, el personal - del Centro llega tarde.

1. El personal del Centro es limpio.

 X
Desacuerdo Indeciso Acuerdo

En este caso, si usted marca la opción del centro, dá a entender que no se encuentra informado o que no puede decidir, si el personal es limpio o sucio.

1. El personal del Centro hace una muy buena labor.

 X
Desacuerdo Indeciso Acuerdo

Si Usted marca la última opción, quiere decir con ésto que el personal - del Centro trabaja muy bien. Esto es, usted está de acuerdo con la afirmación que se le presenta.

De acuerdo al ejemplo que se le dió, se le pide que conteste el cuestionario en la misma forma y sin dejar de contestar todas las preguntas que se le hacen.

Pase a la siguiente hoja.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Estamos interesados en sus opiniones acerca de los servicios médicos.

Por favor conteste con toda sinceridad.

No es necesario que escriba su nombre.

¡¡¡GRACIAS POR SU COOPERACION!!!

ACTITUD HACIA EL PERSONAL PARAMEDICO

COL. IBM CODIG

1. Cuando uno busca a una enfermera, rara vez la encuentra.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. A las enfermeras les interesa más que nada hacer bien su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. Las enfermeras desempeñan bien su trabajo por lo que todo marcha bien en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. Hay que exigir más puntualidad a las enfermeras para que mejore el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Las enfermeras llegan tarde.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Las enfermeras del Centro son groseras con los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Las enfermeras tratan de adaptarse a la manera de hablar de los pacientes que van al Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. El Centro cuenta con enfermeras responsables.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Las enfermeras regañan a los pacientes cuando van a consulta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Las enfermeras del Centro rara vez son enojonas con el personal.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Las enfermeras atienden a las solicitudes de los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. A las enfermeras del Centro les gusta atender a la gente que paga más.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. Las enfermeras les dan confianza a los pacientes para que éstos les cuenten sus enfermedades.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Las enfermeras acostumbran atender a pocos pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. Las enfermeras por su trato parece que ignoran que los pacientes también son humanos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

16. Las enfermeras acostumbran atender más que nada a sus recomendados.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

17. Las enfermeras despiertan el interés de sus pacientes por su salud.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

18. Las enfermeras atienden con indiferencia a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA LAS INSTALACIONESCOL. IBM CODIGO

1. Los baños del Centro están limpios.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

2. Es difícil para los pacientes asistir al Centro porque les queda muy lejos.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

3. Las instalaciones del Centro son deficientes.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

4. En el Centro son cuidadosos en el mantenimiento de las instalaciones.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

5. La causa del ausentismo del personal del Centro es porque éste se encuentra retirado de sus hogares.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

6. El personal médico cuenta con el equipo necesario para dar un buen servicio.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

7. Las instalaciones están en condiciones óptimas de limpieza, por lo que dan confianza a los pacientes.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

8. El Centro está sucio frecuentemente.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

9. Los consultorios del Centro cuentan con un buen sistema de seguridad.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

10. La luz de los consultorios del Centro es deficiente.

DesacuerdoIndecisoAcuerdo

11. Los consultorios del Centro tienen buena ventilación.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. El instrumental con que cuenta el Centro es de buena calidad.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

1. Cuando se paga más, atienden mejor en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

2. En el Centro tratan de ayudar económicamente a los pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

3. Los médicos procuran recetar sólo las medicinas que los pacientes pueden pagar.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

4. Algunos médicos del Centro se aprovechan de su profesión para sacar dinero a sus pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

5. La trabajadora social estudia la situación económica de cada paciente para ayudarlo.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

6. Sale muy caro transportarse hasta el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

7. Los partos son caros en el Centro.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

8. La trabajadora social sirve para reducir el costo del servicio.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

9. En el Centro, como en muchas partes, hay que dar "mordidas" para que lo atiendan a uno.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

10. Por el buen servicio que se recibe lo que se paga es poco.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

11. Los servicios del Centro están al alcance de todos porque son muy económicos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. No vale la pena gastar tanto en el Centro, para que en realidad no curen a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. ¿Cuál es el precio que paga para recibir consulta?

14. ¿Cuál es el precio que paga por hacerse análisis?

15. ¿Cuál es el precio que paga por hacerse radiografías?

16. ¿Cuál es el precio que paga por un parto?

17. ¿Cuál es el precio que paga por una operación?

18. ¿Cuál es el precio que paga por su ficha?

19. ¿Ha pagado alguna vez cuotas adicionales?

ACTITUD HACIA LA INSTITUCION

COL. IBM CODIGO

1. Una de las políticas del Centro es cobrar a los pacientes más de lo necesario para que valoren el servicio.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. Las limitaciones con que trabaja en el Centro ocasionan que el personal haga una mala labor.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. Se hace muy poco para solucionar las deficiencias del Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. El que el Centro aumente sus recursos sería un lugo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. A los empleados administrativos se les paga poco.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. La obligación de los médicos del Centro es atender a muchos pacientes en poco tiempo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. El horario de trabajo en el Centro es accesible.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. La institución habitualmente se preocupa por proporcionar medios para continuar el desarrollo profesional del personal paramédico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Sería un lugo que el Centro aumente su personal.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. El Centro cuenta con otras instituciones a donde recurrir en caso de ameritarlo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Hay más personal del que se necesita en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. El Centro tiene maneras de interesar a los empleados para que éstos hagan bien su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. La institución habitualmente se preocupa por proporcionar medios para continuar el desarrollo profesional del médico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Existen sesiones del cuerpo médico del Centro para discutir problemas de índole médico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. El Centro es:

Malo

Bueno

ACTITUD HACIA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

COL. IBM CODIGO

1. El personal de la recepción maltrata a los pacientes por cualquier motivo cuando van a sacar su ficha.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

2. Aunque haya emergencias, al personal administrativo le importa poco que la gente se esté muriendo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

3. El personal da una buena atención a los pacientes por lo que acuden al Centro cuando lo necesitan.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

4. Cada quien debe pasar a consulta sin hacer tanto trámite.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

5. Cuando se presenta una emergencia, el personal administrativo la atiende aunque sea fuera de horario.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

6. El personal hace poco caso a los pacientes que les están esperando.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

7. El personal administrativo le da una rápida atención a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

8. Al personal administrativo le hace falta iniciativa en su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

9. El personal administrativo es muy capaz de realizar adecuadamente su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

10. El personal administrativo más que nada desordena los expedientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

— —

11. Las personas que dan las fichas a los pacientes son responsables.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. El personal administrativo pierde el tiempo platicando en lugar de atender rápidamente a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. Las personas que trabajan en el Centro sienten que los pacientes son tan importantes como ellos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Los empleados administrativos del Centro dan una mala atención.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. Es difícil encontrar al personal administrativo cuando se le necesita.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

16. Cuando alguien va de emergencia, los empleados administrativos le dan preferencia a éste en relación a los demás pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

17. El personal del Centro acostumbra atender a muchos pacientes en poco tiempo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

18. En general el personal administrativo se da cuenta de las obligaciones que tiene.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

19. Los trámites que se siguen en el Centro son complicados para los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA EL PERSONAL MEDICO

COL. IBM CODIG

1. Hay menos doctores de los que se necesitan para dar una buena consulta.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

2. A los médicos del Centro les interesa acabar rápido con su consulta.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

3. Los médicos del Centro acostumbran atender a muchos pacientes en poco tiempo.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

4. Los médicos de este Centro atienden indistintamente a paciente pobres o ricos.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

5. Los médicos del Centro ponen atención a sus pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

6. Los médicos se esfuerzan poco para que sus pacientes los entiendan.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

7. La mayoría de los médicos del Centor son malos doctores.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

8. El Centro es bueno porque los doctores que trabajan en él son puntuales.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

9. Sería más fácil para los pacientes contar sus enfermedades, si los médicos del Centro les pusieran atención.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

10. Los doctores del Centro son considerados con los pacientes.

Desacuerdo Indeciso Acuerdo _____

11. Parece que los médicos de este Centro ignoran que sus pacientes son humanos.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. Los doctores del Centro están ausentes cuando se les necesita.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

13. Los médicos del Centro difícilmente pueden abarcar lo que haría un médico especialista.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

14. Los médicos del Centro son respetuosos con sus pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

15. Las equivocaciones que tienen los médicos se deben a que desconocen lo necesario acerca de todas las enfermedades.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

16. Los doctores del Centro retrasan las consultas.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

17. Los médicos del Centro inspiran confianza a sus pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

18. Los enfermos pueden explicar bien sus problemas porque los médicos del Centro les tienen paciencia.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA EL DIAGNOSTICO

COL. IBM CODI

1. Los médicos del Centro elaboran una buena historia clínica.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. En el Centro se hace el diagnóstico sin ayuda de análisis.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. El médico hace una exploración adecuada al paciente antes de darle la receta.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. Las fallas en el diagnóstico son debidas a la carencia de radiografías.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Los doctores les explican a los pacientes claramente cual es su enfermedad.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Los doctores con más experiencia dan un buen diagnóstico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Los médicos se apresuran a dar la receta al paciente para salir del paso.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. El diagnóstico que dan los médicos acerca de una determinada enfermedad es inadecuado.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. Se han equivocado los médicos frecuentemente al decir a los pacientes la enfermedad que tienen.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Los doctores del Centro diagnostican oportunamente cualquier anomalía que presentan los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Aunque tengan que atender a muchos pacientes en tan poco tiempo, los doctores dan un buen diagnóstico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. En el Centro se hacen diagnósticos sin ayuda de radiografías.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO

COL.IBM CODIGO

1. Las fallas en el tratamiento son debidas a una mala preparación del personal médico.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

2. Se le tiene desconfianza al tratamiento que dan los doctores del Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

3. El materila que se utiliza para el tratamiento es suficiente en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

4. A veces los médicos dan un tratamiento y dudan que sea del todo correcto.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

5. Las medicinas que recetan los doctores de este Centro sirven poco para curar la enfermedad de los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

6. Las medicinas que recetan en el Centro son buenas.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

7. Los pacientes acostumbran tomar las medicinas que se les recetan.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

8. Las fallas en el tratamiento son debidas a la falta de medicinas en el Centro.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

9. La culpa de que el tratamiento que se dá no funcione es exclusivamente de los pacientes, ya que no lo siguen.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

10. Los médicos del Centro no pueden abarcar lo que haría un médico especialista.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

11. Las medicinas que dan los doctores en el Centro alivian a los pacientes.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

12. Los pacientes sanarían rápidamente si los médicos del Centro desempeñaran bien su trabajo.

Desacuerdo

Indeciso

Acuerdo

POR FAVOR ESCRIBA LOS DATOS QUE SE LE PIDEN A CONTINUACION

	<u>COL.</u>	<u>IBM</u>	<u>CODIGO</u>
CLAVE DEL CUESTIONARIO _____	___	___	___
EDAD _____	___	___	___
SEXO _____	___	___	___
ESCOLARIDAD O PROFESION _____	___	___	___

No marcar en los siguientes espacios:

NUMERO DE TARJETAS	___	___
NUMERO DE LA TARJETA	___	___
NUMERO DE PREGUNTAS DE LA TARJETA	___	___