

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS Y DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD DE HERMOSILLO, SONORA (MEXICO)

Cristina Rascón Loreto, Elba Abril Valdez, Rosario Román Pérez, Ma. José Cubillas Rodríguez y Ma. del Socorro Saucedo Tamayo.
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C (Hermosillo, Son., México)
E-mail: abril@cascabel.ciad.mx



Introducción

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan se observa cada vez más en las propuestas de planificadores, profesionales y gestores. Hoy en día, el control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de las y los usuarios está en tales propuestas. En esta línea, el análisis de la opinión de quienes utilizan los servicios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente

satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye (1).

De acuerdo con Donabedian (2) la calidad es un atributo de la atención médica que se define como los “*logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente*”. Para este mismo autor, la calidad puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica refiere a “*la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda un máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgo y beneficios*” y, la atención interpersonal “*se mide por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes*” (3).

Por otro lado, la satisfacción de las usuarias como indicador de calidad es valorada desde los distintos modelos de atención a la salud. Se define como *la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente o sus familiares con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida* y la satisfacción del prestador de los servicios se refiere *al logro de sus expectativas y satisfacción de las necesidades personales a través de la realización de su trabajo* (4).

La opinión de las usuarias tiene alta credibilidad en los estudios sobre satisfacción puesto que la evaluación que hacen del servicio es producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores del programa (5). De acuerdo con Donabedian (6) la evaluación de la calidad por parte de los usuarios se enmarca dentro de los cambios aparentes en su salud una vez recibida la atención médica y tiene por resultado el indicador de calidad. La satisfacción de las usuarias es un concepto multidimensional que analiza en particular cada elemento que tenga relación con el cuidado de la salud y se toma como un indicador confiable para medir calidad de la atención (7).

Así evaluar la calidad de programas de salud tiene distintas aristas. Dentro del Programa de Detección Oportuna de Cáncer (PDOC) en México desde 1974, la perspectiva de la calidad dentro del mismo se ha estudiado en función de la instrumentación y procedimiento en la toma citológica, impacto del programa (8, 9, 10), de los conocimientos del personal médico (11). Sin embargo, la búsqueda de la calidad en la atención médica implica un proceso multifactorial, continuo (12) e integral (13) y tiende a ajustes de acuerdo a la población a la cual esté dirigida, en el contexto social, cultural y político-económico de cada nación, región o localidad. Estudios efectuados sobre las diferentes dimensiones de calidad, ofrecen explicaciones del por qué las mujeres no acuden a realizarse las pruebas de detección oportuna; entre éstas figuran las barreras económicas, sociales, culturales, geográficas, políticas y psicológicas que interfieren en su decisión.

En un estudio de Aranda (14) realizado con mujeres de la zona urbana de Hermosillo Sonora, se encontró que las principales barreras socioculturales para acudir a la prueba son el miedo al resultado y la vergüenza. En el mismo sentido, Farfán y colaboradores (15) encontraron que la falta de difusión e información y la vergüenza de las mujeres fueron las principales barreras (cognitivo y psicológicas) identificadas para que las mujeres no acudan a DOC; las que menos acuden son mujeres de mayor riesgo (entre 25 y 34 años de edad). Las barreras institucionales fueron la falta de integración y trabajo en equipo de los profesionales de la salud pues enviaban a las usuarias a realizarse el DOC pero no las orientaban al respecto.

Otros estudios reportan que el trato del personal y el tiempo de espera (16), así como la atención recibida (17), la buena relación médico paciente, la calidad de la relación interpersonal en la atención médica, la confianza en el médico y la preferencia de ser atendidas por médicas (18,19) son los principales factores que expresan las usuarias como barreras institucionales para regresar con el servidor de salud.

Bajo el ángulo de las particularidades de la satisfacción de usuarias y servidores de la salud así como las características locales en el contexto de la evaluación del PDOC cérvicouterino (CaCu) y mamario (CaMa), el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad del servicio de atención del mismo programa a través de la satisfacción de las usuarias y la satisfacción laboral de los prestadores del servicio médico en dos instituciones de salud, de la ciudad de Hermosillo, Sonora (México) durante el 2005.

Material y Métodos

Participantes: se realizó un estudio no probabilístico, descriptivo, transversal y comparativo. Se encuestó a 105 mujeres y siete prestadores del servicio del PDOCaCu y CaMa de una unidad de salud para población abierta (UPA) y de otra unidad para derechohabientes (UDH) en Hermosillo, Sonora. En la primera se aplicaron 46 cuestionarios para usuarias y tres para el personal de salud encargado del PDOC. En la segunda se levantaron 59 cuestionarios para usuarias y cuatro para el personal de salud a cargo del mismo programa. Se seleccionaron mujeres mayores de 20 años que se hicieron el papanicolaou (pap) y/o exploración de mamas a no más de tres años o que en el momento de las preguntas se habían realizado la prueba y además dentro de la misma unidad de salud elegida. Para el personal se eligió todo aquel que de acuerdo con las características del programa, tenía contacto directo con las usuarias.

Instrumentos de recolección de datos. Se diseñaron dos cuestionarios. El de usuarias se dividió en tres partes: *datos sociodemográficos, atención recibida y resultados de la atención.* Las preguntas abarcaron aspectos relacionados con trato personalizado y amable, oportunidad de la atención, ambiente confortable e información sobre el padecimiento. El cuestionario para los prestadores del Servicio Médico abordó factores relacionados con la disponibilidad de recursos físicos y materiales para la realización óptima de su trabajo, así como otros ítem dirigidos a captar información sobre las relaciones interpersonales entre los trabajadores, reconocimientos y motivaciones por logros alcanzados de parte de sus superiores, también sobre si éstos invitan a las usuarias a realizarse el examen de detección oportuna, capacitación para el puesto, participación en decisiones relacionadas con su trabajo y promoción.

Procedimiento. Los instrumentos y la estrategia de investigación se validaron previamente en una población similar a la muestra definitiva. Ambos tipos de instrumentos se aplicaron previo consentimiento informado de las autoridades correspondientes y de las personas participantes. El cuestionario dirigido a médicos fue autoaplicable para evitar interrupciones en el trabajo. Las usuarias fueron captadas unos minutos después de haberse hecho el Pap o en el momento que acudían a la clínica por los resultados

Análisis de la información: La información se analizó con el paquete estadístico SPSS versión 12. Se obtuvieron medidas descriptivas (frecuencias, porcentajes y medias). Se aplicó la prueba ji cuadrada (χ^2) para determinar las diferencias entre grupos.

Resultados

Satisfacción de las usuarias. Las participantes de ambas unidades de salud presentaron características sociodemográficas similares. La media de edad fue de 39 años, con una desviación estándar de 9.19 por lo que se trata de población joven. La escolaridad media fue de 8.6 años, mayor a la media estatal que es de 8.4 años (20). Al analizar por rangos de años de escolaridad, las usuarias derechohabientes reportaron mayor grado educativo que las mujeres participantes en la institución para población abierta. En los

rangos más representativos de la muestra (2 y 3), las derechohabientes superan con un 6.6% en el nivel básico a las usuarias de la UPA y con un 25% en el rango de bachillerato (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Escolaridad de las usuarias por unidad de salud

Unidad de salud	Nivel de estudio (%)			
	1	2	3	4
	0- 5 años	6-9 años	10-12 años	≥13 años
Seguridad social (n=59)	66.7 (n=8)	53.3 (n=32)	62.5 (n=15)	44.4 (n=4)
Población abierta (n=46)	33.3 (n=4)	46.7 (n=28)	37.5 (n=9)	55.6 (n=5)
% total que representa en la muestra	11.4 (n=12)	57.1 (n=60)	22.9 (n=24)	8.6 (n=9)

Fuente: elaboración propia a partir de datos del cuestionario aplicado

En relación al estado civil, más de la mitad en ambas unidades de salud reportaron tener pareja; 93% en la UDH y 87% en la UPA, se encontró una media de 2.9 y 2.8 hijos por mujer, respectivamente, mayor a la media estatal que es de 2.1 hijos (21). El 73% las participantes mencionó que se dedicaba al hogar y el 82% dijo tener vivienda propia. En cuanto a ingresos, más de la mitad de las mujeres (53%) reportó que a la semana gastan en promedio \$714.65 pesos en alimentos. Se observó que las usuarias de la UDH gastaron 11% más en alimentación que las usuarias de la UPA.

Referente al proceso de atención, las usuarias de la unidad para derechohabientes se encuentran más satisfechas que las participantes de la unidad de la institución para población abierta. El 83% de las derechohabientes reportaron estar *muy satisfechas* mientras que las usuarias de población abierta, más de la mitad (62%) se encontró poco satisfecha. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=29.824$ con $p=.000$) (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Resultados en satisfacción por componente evaluado en cada institución de salud

Unidad de salud	SATISFACCIÓN CON:			
	PROCESO	RESULTADO	COMODIDADES	PG * (x)
	(%)	(%)	(%)	
UDH	83	50	83	8.4
UPA	29	72	98	9.2
Valor P	.000	.075	.001	

*Puntuación general

Fuente: elaboración propia a partir de datos del cuestionario aplicado.

Estas diferencias encontradas probablemente están con la realización o no de la exploración de mamas por parte de los profesionales de la salud, así como en la enseñanza del auto examen. El 22% de las participantes de la unidad de la UPA reportaron que sí les habían realizado la exploración de mamas, mientras en la institución para derechohabientes, este porcentaje fue de 83. En el mismo orden de instituciones, el 37% de las usuarias reportaron que se les enseñó el auto examen de mamas en la primera, contra un 92% de la otra institución de salud. La unidad de la UDH incluye ambas, la práctica del examen clínico y la enseñanza del auto examen de mamas como parte importante del PDOC considerando que son dos padecimientos curables si son detectados a tiempo. En la unidad para población abierta, la participación es mínima al respecto.

En lo que se refiere a resultados de la atención recibida, más de la mitad de las entrevistadas (59%) está *muy satisfecha* con el resultado del servicio recibido. De éstas, las participantes de la unidad de la UPA se muestran visiblemente más satisfechas (72%) que las derechohabientes (50%) (Ver Tabla 2). Aún cuando estas diferencias no fueron significativas ($X^2=2.902$ con $p=.075$), es importante señalar que aunque las mujeres que acudieron a la unidad de la UPA mencionaron que se les motivó para hacer preguntas (57%), sólo a la mitad de ellas (50%) dijo que se les había brindado información preventiva para ambas neoplasias. El 61% de las usuarias reportó que se le recomendó una próxima revisión y a un 24% el examen clínico de mamas. En la unidad de la UDH se observó que el 83% de las usuarias obtuvieron más información preventiva de las neoplasias y se les recomendó una revisión de mamas a futuro y a más de la tercera parte (31%) de las usuarias hacerse el examen clínico de mamas.

En ambas unidades de salud, las usuarias mencionaron desconocer si hay pláticas formales sobre la prevención de ambas neoplasias. En la UPA, el 41% de las usuarias expresaron que *nunca* se les informó si se imparten estas pláticas y el 39% no sabe al respecto.

Otro punto evaluado fue las comodidades (refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica) ya que son parte importante para medir satisfacción de los y las usuarias en la evaluación de calidad de la atención en el servicio. En general el 83% de las usuarias se muestran *muy satisfechas* respecto a las comodidades (Ver Tabla 2). Sin embargo las que acudieron a la unidad para población abierta estuvieron más satisfechas que las derechohabientes con respecto a las instalaciones correspondientes a la sala de espera y el área de prueba. Estas diferencias fueron estadísticamente significativa ($X^2=13.027$ con $p=.001$).

Al realizar un análisis global de la satisfacción por el servicio recibido, en donde el valor mínimo asignado por las usuarias fue 6 y el máximo 10, las usuarias de la UPA otorgaron en promedio una puntuación mayor (9.2) al servicio recibido que las derechohabientes (8.4) es decir, la UPA fue mejor valorada por sus usuarias (Ver Tabla 2). Aún cuando estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=.000$), la mayoría de las participantes en ambas instituciones (96% UPA, 98% UDH) mencionaron que regresarán a esa misma institución a realizarse el pap nuevamente. Las razones para regresar a la UPA estuvieron más relacionadas con las relaciones interpersonales mencionando principalmente el buen trato del personal hacia ellas y la forma como fueron atendidas. En la UDH, los principales motivos expresados por las usuarias estuvieron en función de la opción del servicio pues reportaron que regresarían porque era el servicio que tenía y porque no implicaba costo además del buen trato recibido.

Al analizar por edad, se observó más satisfacción con el servicio entre las mujeres más jóvenes. El mayor porcentaje de usuarias satisfechas se encontró en el rango de 21 a 33 años de edad. Sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=.221$) (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Satisfacción global en relación a la edad de las participantes.

RANGOS DE EDAD	Nada Satisfecha	Poco Satisfecha	Muy Satisfecha
	(%)	(%)	(%)
21-33	11	11	78
34-46	13	38	50
47-59	5	45	50

Fuente: elaboración propia a partir de datos del cuestionario aplicado

En relación a las sugerencias, las usuarias de ambas instituciones coincidieron que la entrega de resultados en menor tiempo sería un buen cambio dentro del PDOC así como menos tiempo de espera y más personal a cargo del mismo. Las usuarias de la UPA mencionaron además que se proporcione mayor información y motivación sobre las pruebas de prevención de ambas neoplasias, en especial sobre el examen clínico de mamas.

Satisfacción de los servidores de la salud. La media en escolaridad fue parecida en ambas instituciones ya que resultó de 16.2 años para los profesionales de la unidad para derechohabientes y de 16.6 años para la otra institución. La diferencia se observó en las edades, mientras que para la primera unidad fue de 31.7 años, para la segunda unidad fue de 45 años. Es decir, se trata de profesionistas jóvenes que tienen antigüedad en su trabajo pues reportaron entre 12 y 15 años de trabajar en la misma unidad de salud (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas del personal para el PDOC

Característica	UDH		UPA	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Sexo				
Edad	3	1	2	1
	X =31.7 años		X=45 años	
Escolaridad (años de estudio)	X=16.2 años		X=16.6 años	
Antigüedad en el puesto	X= 15 años		X=12 años	
Tipo de puesto	Indefinido	Eventual	Indefinido	Eventual
	3	1	2	1

Fuente: elaboración propia a partir de datos del cuestionario aplicado

Los prestadores del servicio del PDOC expresaron que no reciben capacitación con perspectiva de género. Tampoco se les reconoce por su desempeño, sin embargo expresaron estar siempre satisfechos con su trabajo (100%). Algunas sugerencias que hicieron son: hacer un seguimiento más adecuado de las mujeres, no ser un obstáculo para las mujeres que nunca se han realizado el Pap y hacer promoción sobre la prevención del CaMa y CaCu, darles información más amplia, tener más cursos que les ayuden a avanzar sobre los programas, para ayudar y apoyar a las usuarias con problemas.

El total del personal encargado del Programa reportó estar satisfecho con el trabajo realizado, sin embargo, en su mayoría consideraron que no contaban con las condiciones ambientales y materiales para realizar su trabajo. Comentaron también que a veces no se sienten capacitados para hacer la exploración de mamas y que casi nunca se les reconoce por su desempeño laboral. En general, expresaron que compensan las deficiencias o faltas de insumos con buena actitud hacia las usuarias.

Por otro lado, mientras que la unidad de UDH brindó una atención integral, la operación en la UPA abierta es distinta. La UDH ofreció dos turnos de atención, dieron promoción constante a mujeres que acuden a cualquier tipo de consulta, proporcionaron información y formas de prevención de las neoplasias y sugirieron revisiones a futuro así también realizaron la exploración de mamas una vez que las usuarias estuvieron de acuerdo. Según los datos reportados por la encargada del programa, en promedio se realizan entre 15-18 paps y exámenes de mama por día, realizándose la mayor parte durante la mañana. Referente a la UPA, la operación es distinta; en principio, los paps son dirigidos a mujeres que así lo soliciten y no a toda aquella que acude a consulta o acompañe a la misma, además solo se ofrecen siete fichas en un único turno (7:00 a 8:00 a.m.) de las cuales se reparten cuatro diarias en promedio y se reportaron 70 detecciones al mes. En cuanto a la exploración y examen clínico de mamas, no se efectúa conjuntamente con el pap, el personal no tiene especificado realizarlos.

Discusión

De los resultados obtenidos se encontró que la satisfacción de las usuarias con la atención en ambas unidades de salud es moderada. La UPA fue evaluada más positivamente, principalmente el proceso de atención, que las derechohabientes a su unidad de salud. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Ramírez (22) donde un alto porcentaje de usuarios y usuarias expresaron haber tenido buena atención además que la UPA obtuvo mayor puntuación positiva que la UDH y por último, el proceso de atención fue mejor valorado seguido del resultado de la atención. Esto se puede explicarse en parte por la escolaridad de las usuarias ya que adentrarse en aspectos más puntuales, dicha satisfacción difiere entre una unidad de salud y otra. Se observó que las derechohabientes tuvieron mayor preparación académica (nivel de bachillerato) y reportaron menor satisfacción en relación a usuarias con menor preparación escolar, dichos hallazgos concuerdan con un estudio realizado por Bronfman (23), el cual reporta que las usuarias derechohabientes resultaron con mayor preparación académica y con menor nivel de satisfacción. Estas observaciones también hacen eco a estudios de Delgado (24) y Abril y cols. (25), estos autores obtuvieron que las personas con estudios superiores, independientemente del sexo y edad las personas, manifestaron menor satisfacción con la atención. A mayor escolaridad se incrementan las expectativas y su sentido crítico lo que lleva a una menor satisfacción. Por otro lado, el proceso de atención involucra actividades que se llevan a cabo por los profesionales y las usuarias y por lo general es valorado positivamente, una posible explicación es que, las usuarias al contar con conocimientos limitados sobre las técnicas del profesional, se enfoca más a valorar las relaciones humanas con los servidores (26).

Por otro lado se observó que el personal de salud es joven y con antigüedad considerablemente mayor lo cual puede hacerles reactivos a mejorar la calidad del servicio de atención además que predomina el género femenino. De acuerdo a ciertos estudios (27) ser atendidas por médicas o enfermeras, es un factor que aumenta la satisfacción en las mujeres respecto al servicio de atención. Estos estudios revelan que las pacientes mujeres prefieren ser atendidas por médicas o personal femenino cuando se trata temas de índole psicosocial o ginecobstétricos así como problemas de anticoncepción, psíquicos y sociales. La tendencia a preferir ser atendida por una médica podría estar en relación con ciertas valoraciones que hacen los pacientes sobre ellas: mayor humanidad, estilos democráticos y empatía. Otro factor que probablemente influya en la preferencia por ser atendidas por su mismo género es lo que representa la revisión del cuerpo. Para muchas mujeres (28), la revisión de sus órganos sexuales y reproductivos aunado a la censura de autoexploración corporal, representa socialmente significados de suciedad y valor negativo de ejercer su sexualidad. Aún cuando sea la pareja o familiares a quienes muestre su cuerpo, (fuera de un contexto permitido) no deja de representar sentimientos de vergüenza, sentimientos que se relacionan con procesos de socialización que conforman la identidad de género y representa dificultades en la transmisión de información sobre las pruebas de DOC y el acudir a realizarse las correspondientes. Es así como estos estudios y otros proporcionan sustento sobre la importancia de la perspectiva de género en la formación del personal de salud. Las formas de relacionarse entre profesionales de la salud y usuarias produce un impacto en los usos de los servicios de salud y apego al seguimiento de tratamientos.

Por último es importante mencionar que el éxito de un programa como el aquí evaluado, depende de lograr y mantener un alto nivel de participación de la población objetivo. Para lograr un impacto mayor es necesario identificar los factores del entorno que influyen en la mujer para practicarse o no el examen como una medida de prevención. Además es importante conocer qué elementos promueven en los prestadores del servicio de salud, la realización de su trabajo con calidad y su efecto sobre el comportamiento de las usuarias. El modelo de atención en el PDOC debe estar diseñado y evaluado en función de la capacidad de resolver problemas de salud y satisfacer necesidades de bienestar del segmento geográfico poblacional al cual debe servir. Es decir, a una población cuyos objetivos fundamentales comunes determinen la naturaleza del segmento y se diseña o ajusta al modelo de atención para satisfacer las necesidades.

Por ello es importante que a futuro otros estudios abarcaran más instituciones públicas y privadas así como organizaciones no gubernamentales que atienden dichas neoplasias y evaluar la satisfacción tanto de los servidores como de las usuarias. Ello permitiría integrar información local o regional que alcance las expectativas de las mujeres. Dicha información puede ser de utilidad para decisiones profesionales en la atención en el servicio del DOC y tomarla en cuenta al momento de establecer la relación profesional-usuaria pues refleja también la calidad de los servicios. También, puede contribuir a encontrar indicadores de satisfacción locales en las mujeres que permitan la reorganización programas como el DOC que atienda sus necesidades y reforzar las decisiones en tema de prevención en el primer y segundo nivel de atención a neoplasias.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento para las dos Instituciones de salud, en especial al personal encargado del PDOC y a las usuarias participantes en el estudio así como al Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud Sonora de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Igualmente se agradece el apoyo por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A. C. (CIAD A.C.).

Resumen

Evaluar la satisfacción de las usuarias y la satisfacción laboral de los prestadores del servicio médico dentro del Programa de Detección Oportuna de Cáncer (PDOC) cérvico uterino (CaCu) y mamario (CaMa) en dos unidades de salud, una para población abierta y otra para población con seguridad social, de la ciudad de Hermosillo Sonora durante el 2005. Se entrevistaron al salir de la consulta 105 mujeres que solicitaron el servicio en el PDOC en dos instituciones de Salud. El cuestionario abarcó aspectos relacionados con trato personalizado y amable, oportunidad de la atención, ambiente confortable e información sobre el padecimiento. Se entrevistó también al personal encargado del Programa considerando: disponibilidad de recursos para la realización del su trabajo, reconocimientos por logros alcanzados, capacitación para el puesto, participación en decisiones relacionadas con su trabajo y promoción. En ambas instituciones, el 59% de las usuarias reportó estar satisfechas con la atención recibida. De los aspectos a mejorar señalaron los tiempos de espera, de entrega de resultados y el manejo de expedientes así como incrementar el personal a cargo. Las usuarias del servicio de población abierta reportaron estar más satisfechas que las de la institución de seguridad social. El total del personal encargado del Programa reportó en general estar satisfecho con el trabajo realizado aunque la mayoría consideró que no contaba con las condiciones ambientales y materiales adecuadas para realizar su trabajo. Las opiniones de las usuarias y prestadores de servicio son positivos en su mayoría, las inconformidades giran alrededor de factores estructurales mas que relacionarse con el trato recibido por parte del personal.

Palabras clave: satisfacción, servicio de atención, PDOC.

Abstract

To evaluate the users' satisfaction (patients) and the medical personnel's satisfaction of the services offered through an implemented National Program named Cervical and Breast Early Cancer Detection (C&B ECD) which was realized during the year 2005 in two units of health from Hermosillo, Sonora: one for population with out social security and the other for population with welfare. There were interviewed 105 women users of this Program. The main aspects of the questionnaire applied to the users were: personalized and kind attendance; comfortable atmosphere; the attendance on time; and if they received both enough and additional information about the illness. The main aspects on the applied questionnaire to the medical personnel who were working for this Program were: enough and available material resources to realize their medical job; if they were reward for a successful work; If they were trained to offer the medical service to the users of this Program; and if they were permitted to give their own opinions to improve this Program, and if they were promoted. Fifty-nine percent of the women users interviewed in both medical institutions the ones that offer the medical service for people with social security and for those who do not have it, are satisfied with the medical service received. The principal aspects to improve the service are: the time they wait to be attendance; the time they wait to receive the results of the examinations; the medical personnel is not enough to attendance the users. Women users with out social security are more satisfied with the medical service received than the ones who have the social security. In general, the medical personnel reported to be satisfied in realizing their job, although most of them do not work in a good atmosphere of job, and do not have the adequate materials to realize their work. Most of the opinions obtained from both the users and the medical personnel are positives; they complained about structural factors in the mentioned health institutions, but they fairly complained about the medical personnel attendance.

Key words: satisfaction, received attention service, ECD

Referencias

1. Moliner, M. 1996. La calidad percibida de un servicio de planificación familiar: un enfoque de marketing. Atención Primaria. Vol.17 No.6: 400-406
2. Donabedian, A. 1984. La Calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Editorial: La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V.

3. *Idem.*

4. Aguirre, H. 1999. Programa de mejoramiento continuo. Resultados en 42 unidades médicas del tercer nivel. *Revista Médica del IMSS*. Vol. 37 No.6: 473-82.

5. Lara, F. N., C. V. López, E. S. Morales y V. E. Cortés 2000. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuac, Distrito Federal. *Revista ADML* Vol. VII No.5:175-179.

6. Valdez, R. 1999. Satisfacción de los usuarios de servicios de salud en México, D.F. Análisis de las demandas presentadas a la CONAMED. Tesis doctoral. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede Académica de México.

7. Sotelo, J. 2001. Calidad de la atención en el Instituto Nacional de Neurología MVS. Punto de vista del usuario. *Arch Neurociencia*. Vol.6 No.1:15-19.

8. Salinas, A.M., E. Villarreal, M.E. Garza, J.M. Fraire, J.J. López y O. Barboza 1997. Calidad del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino en el estado de Nuevo León. *Salud Pública de México*. Vol.39:187-194.

9. Rodríguez, R.E.R., R. Cerda, J. Quiñones y E. Gutiérrez 2002. Evaluación del Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvicouterino (DOC) en Durango, México. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol.30 No. 1: (consultado en agosto del 2005 en <http://www.scielo-mx.bvs.br/scielo.php?pid=>)

10. Lazcano, E., P. Alonso, J. Ruiz y M. Hernández 2003. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Pública de México*. Vol. 45 (suplemento 3): s449-s462.

11. Arillo, E., E. Lazcano, M. Peris, E. Salazar, J. Salmerón, P. Alonso 2000. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. *Alternativas de educación médica*. *Salud Pública de México*. Vol.42:34-42.

12. Donabedian. *Op.cit.*

13. Organización Panamericana de la Salud, OPS 2000. Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Interacción prestadores de servicios/usuarios(os): Eje fundamental de una buena atención en Salud Sexual y Reproductiva. Editorial OPS. pp.9.

14. Aranda, P. 2002. Experiencias del papanicolaou en mujeres derechohabientes del IMSS en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Reflexiones durante la investigación. *Higiene, Revista de Salud Pública*. Frontera Norte. Sociedad Mexicana de Salud Pública A. C. Vol.4 No.1 pp.40-44.

15. Farfán, M.L.C., T.E. Barrón, D.M.E. Jiménez, M.E. Vázquez y A.S.S. Ayala 2004. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cérvicouterino. *Rev. de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol.12 No.3:123-130.

16. Ávila-Medina, C. A. Ávila-Medina y R. Vielma 2004. Barreras de acceso para la detección oportuna del cáncer cérvicouterino (DOC) en la zona médica No 2. *Memorias del VIII Reunión Delegacional de Investigación Médica Revista de Salud Pública y Nutrición Edición Especial No. 4.* (<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-4-2004/index.html>)

17. Gómez, J. 2001. Costos y calidad de la prueba de detección oportuna de cáncer cérvicouterino en una clínica pública y en una organización no gubernamental. *Salud Pública de México*. Vol.43 No.4: 279-288.

18. Lazcano, E., R. Castro, B. Allen, P. Nájera, P. Alonso de Ruiz y M. Hernández 2000. Resistencias a la utilización del programa de detección oportuna de cáncer de cuello uterino. (Consultada el 20 de febrero del 2006 en: módem mujer 12:19pm Dec 2, 2000 (Conferencia Electrónica).

19. Poblano, O., J. Figueroa y L. López 2004. Condiciones institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. *Salud Pública de México*. Vol.46 No.4:294-305.
20. Cevallos, Francisco J. Rojas (2005). Programa de mediano plazo de ciencia y tecnología 2004-2009. Documento elaborado para la Secretaría de Educación y Cultura. P.5 Hermosillo, Sonora. Consultado el 15 de mayo del 2006 en: <http://www.sonora.gob.mx/biblioteca/documentos/pmp/cienciaytecnologia.pdf>
21. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI 2006. *Mujeres y hombres en México, 2006*. 10^a ed. Consultado el 14 de mayo del 2006 en:http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/MyH_x_2.pdf
22. Ramírez, T., P. Nájera y G. Nigenda 1998. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. Vol.40:3-12.
23. Bronfman, M., S. López, C. Magis, A. Moreno y S. Rutstein 2003. Atención prenatal en el nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública de México*. Vol.45 No.6: 445-453.
24. Delgado, A. y F. López 2004. Práctica profesional y género en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*. Parte I. Vol.18 (Supl1):112-117.
25. Abril, E., R. Román y M.J. Cubillas 2002. La satisfacción del usuario y del prestador de servicio médico como un indicador de calidad. *Higiene, Revista de Salud Pública*. Frontera Norte. Sociedad Mexicana de Salud Pública A. C. Vol. 4 No.1:57-61.
26. Hu T. 1981.The demand for dental care. Citado en Lara, F.N., *et al, Op. cit.*
27. Delgado, *et al, Op.cit*
28. Aranda, P. 2002. Experiencias del papanicolaou en mujeres derechohabientes del IMSS en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Reflexiones durante la investigación. *Higiene, Revista de Salud Pública*. Frontera Norte. Sociedad Mexicana de Salud Pública A. C. Vol. 4 No.1:40-44.