



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO.
 FACULTAD DE MEDICINA.
 ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES
 HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL
 HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO (SESEQ).

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
 Especialidad en Cirugía General

Presenta:
 Med. Gral. Alfredo Cholula Guasco.

Dirigido por:
 M. C. Minerva Escartín Chávez.

SINODALES.

M.C. Minerva Escartín Chávez.

Presidente.

M. C. César Gutiérrez Samperio.

Secretario.

Med.Esp. Carmen Aburto Fernández.

Vocal.

Med.Esp. Ricardo Lerma Alvarado.

Suplente.

Med.Esp. Enrique López Arvizu.

Suplente.

Med.Esp. Benjamín Moreno Pérez.
 Director de la Facultad de Medicina.


 Firma.
 Firma.
 Firma.
 Firma.
 Firma.

Dr. Sergio Quesada Aldana.
 Director de Investigación y
 Postgrado.

Centro Universitario.
 Querétaro, Qro.
 Octubre 2005
 México.

No. Adq. H70693

No. Título _____

Clas. TS

610.696

C 547c

RESUMEN.

El conocimiento de las opiniones de los pacientes es una guía valiosa para decidir si los servicios de atención médica deben ser modificados. Existe la necesidad de investigar y conocer el grado de satisfacción de los pacientes en nuestro hospital, para poder ofrecer servicios de mayor calidad a nuestra población.

En este estudio se incluyeron los pacientes internados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Querétaro (SESEQ) en el periodo comprendido del 1° de enero al 30 de junio del 2004. Se utilizó un cuestionario que se diseñó en base a herramientas de trabajo utilizados en estudios similares en nuestro país o el extranjero.

Se analizaron 176 encuestas. En la satisfacción global se encontró una frecuencia de 6919 respuestas de satisfacción correspondiendo a un 84.85 %. En cuanto al reactivo 51; el cual explora directamente el grado de satisfacción, encontramos 157 pacientes satisfechos (89.2 %) y 19 pacientes no satisfechos (10.8 %). Los principales rubros donde se encontró mayor frecuencia de insatisfacción fueron los siguientes: cuando se interrogó si el paciente conoció al personal de salud mental, la frecuencia de respuestas de no satisfacción fue de 164 (93.18%) contra sólo 12 respuestas satisfactorias (6.82%). Al preguntar si el paciente recibió orientación por parte de la trabajadora social respecto a los servicios que ofrece el hospital, la frecuencia de respuestas no satisfactorias fue de 115 (65.34%) y sólo 61 respuestas fueron satisfactorias (34.66%). Al investigar si el personal de dietología explicó al paciente las características de su dieta, la frecuencia de respuestas no satisfactorias fue de 129 (73.3%) y, sólo 47 pacientes reportaron respuestas satisfactorias (26.7%). De 91 (51.7%) pacientes que requirieron curaciones, al interrogarse sobre la aplicación oportuna de analgésicos durante la realización de las curaciones los resultados fueron, 56 respuestas satisfactorias (61.54%) y 35 respuestas no satisfactorias (38.46%).

La relación entre satisfacción y no satisfacción y las variables sociodemográficas tuvieron una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

Palabras clave: Calidad, satisfacción, atención médica, cirugía.

SUMMARY.

Knowledge of the opinions of the patients is a valuable guide to decide if the medical care services should be modified. Necessity exists of to investigate and to know the satisfied grade of the patients in our hospital, to be able to offer services of more quality to our population.

In this study were included patients hospitalized in the General Surgery Service of the General Hospital of Querétaro (SESEQ) in the bound period of January 1o. at June 30 of 2004. Questionary used that were designed based on work tools and similar studies in our contry or the foreigner.

176 interview were analyzed. Global satisfaction was a frequency of 6919 answers of satisfaction corresponding to 84.85%. In relation to the answer 51; which explores the satisfied grade, we find 157 patients satisfied (89.2%) and 19 not satisfied patients (10.8%).The main aspects in that it was bigger frequency of dissatisfaction were: when it was interrogated if the patient knew the personnel of mental health, the frequency of answers of not satisfaction were 164 (93.18%) against only 12 satisfactory answers (6.82%).When interrogating if the patient received the social worker's information regarding the services that hospital offers, frequency of non satisfactory were 115 (65.34%) and 61 answers were only satisfied (34.66%). When discovering if the dietitian explained the patient characteristics of her diet, frequency of answers non satisfactory were 129 (73.3%) and, 47 patients only accused satisfactory answers (26.7%). Of 91 patients (51.7%) that needed cures, when investigating on the oportune application of analgesic during the realization of the same, results in 56 satisfactory answers (61.54%) and 35 not satisfactory (38.46%).

Relation between satisfaction or not satisfaction and demographics variables had a stadistic significance of $p < 0.05$.

Key words: Quality, satisfaction, medical attention, surgery.

DEDICATORIAS.

A Perla Del Carmen y Daniela: Con todo mi amor y por mis constantes ausencias.

A Perla: Por su paciencia y cariño.

A mis padres; Domingo y María De Lourdes: Su constante apoyo.

A mis hermanos; Ricardo, Daniel, Mariana: Por creer en mí siempre.

A Doña Carmen Guasti (qepd): Por enseñarme las virtudes del trabajo y la constancia.

A los doctores Lerma y Aburto: Por su dedicación.

A mis profesores: Por ser quienes son.

A Aarón Linares (qepd): Por enseñarme a interesarme en los demás.

AGRADECIMIENTOS.

A la Dra. Carmen Aburto: mi asesor clínico.

A la Dra. Minerva Escartín Chávez: mi asesor metodológico.

Al Dr. César Gutiérrez Samperio: apoyo logístico y corrección de herramientas de trabajo.

A todos los pacientes que participaron en el estudio.

Al servicio de Cirugía General del Hospital General de Querétaro, SESEQ.

CONTENIDO	Pag.
RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
CONTENIDO	v
INDICE DE CUADROS	vi
INDICE DE FIGURAS	vii
I. INTRODUCCION	1
II. REVISION DE LA LITERATURA	2
III. METODOLOGIA	11
IV. RESULTADOS	13
V. DISCUSION	30
VI. LITERATURA CITADA	32
VII. ANEXOS	37

INDICE DE CUADROS	Pag.
CUADRO 1. SATISFACCION EN RELACION A GRUPOS DE EDAD	16
CUADRO 2. SATISFACCION EN RELACION AL SEXO	18
CUADRO 3. SATISFACCION EN RELACION A ESCOLARIDAD	20
CUADRO 4. SATISFACCION EN RELACION A OCUPACION	22
CUADRO 5. CAUSAS DE NO SATISFACCION	28
CUADRO 6. RELACION DE SATISFACCION Y NO SATISFACCION, VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	29

INDICE DE FIGURAS	Pag.
FIGURA 1. EDAD	15
FIGURA 2. DISTRIBUCION POR SEXO	16
FIGURA 3. ESCOLARIDAD	17
FIGURA 4. OCUPACION	18
FIGURA 5. SATISFACCION GLOBAL	19
FIGURA 6.AL SALIR DEL HOSPITAL ¿SE SIENTE SATISFECHO CON LA ATENCION RECIBIDA?	20
FIGURA 7. SATISFACCION EN RELACION AL SEXO	21
FIGURA 8.SATISFACCION EN RELACION A GRUPOS DE EDAD	22
FIGURA 9.SATISFACCION EN RELACION A ESCOLARIDAD	23
FIGURA 10.SATISFACCION EN RELACION A OCUPACION	24
FIGURA 11.SATISFACCION EN RELACION AL PERSONAL MEDICO	25
FIGURA 12.SATISFACCION EN RELACION AL PERSONAL PARAMEDICO	26
FIGURA 13.SATISFACCION EN RELACION AL PERSONAL DE APOYO	27

I. INTRODUCCION.

El conocimiento de las opiniones de los pacientes es una guía valiosa para decidir si los servicios de atención médica deben ser modificados, y de ser así, donde y como.

No hemos identificado informes en nuestra entidad del grado de satisfacción expresado por los pacientes en hospitales de segundo nivel. Por lo anterior, existe la necesidad de investigar y conocer a fondo el grado de satisfacción de los pacientes en nuestro hospital, para poder ofrecer servicios de mayor calidad y calidez a nuestra población.

El método más común para evaluar la calidad estructural es mediante la acreditación organizacional.

El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. La evaluación del proceso se lleva a cabo mediante la consideración de intervenciones apropiadas, uso de guías clínicas o estándares de atención, perfil de la práctica, clasificación de consumo. Los resultados en salud son el producto del efecto del proceso en la salud y bienestar de la población. Es una medida de la efectividad del sistema de atención. (Donabedian 1984, Torres, 2003).

Actualmente no se cuenta con una evaluación de la calidad de la atención médica en los servicios de Cirugía General de los hospitales de segundo nivel de la Secretaría de Salud, por lo que consideramos importante realizar este estudio en nuestro medio.

El objetivo de este estudio fue analizar la calidad y satisfacción de la atención médica en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Querétaro de la Secretaría de Salud (SESEQ), para tener información adecuada y oportuna que permitan tomar medidas y corregir acciones que nos lleven a mejorar la calidad de la atención médica en nuestro servicio.

II. REVISION DE LA LITERATURA.

Probablemente la primera referencia disponible sobre medidas tomadas ante una mala calidad de atención en cirugía, se encuentre en el código de leyes de Hammurabi (1700 a.C.). En Estados Unidos de América uno de los pioneros en medir la calidad quirúrgica fue Codman, quien desarrolló un método de control de calidad en el Massachusetts General Hospital de Boston, que él mismo denominó análisis de resultados. Sin embargo, las ideas de Codman fueron consideradas un tanto radicales por sus colegas, lo que lo llevó a su destitución del cargo como Chairman del comité de estándares hospitalarios del American College of Surgeons (ACS). Posteriormente, los estándares quirúrgicos se convirtieron en un foco de atención sobre el que se dirigieron todos los esfuerzos del ACS para mejorar la calidad a lo largo de la mayor parte del siglo XX. (Nogueras, 2000).

Desde principios del siglo XX, cirujanos europeos y norteamericanos argumentaron que los hospitales en general, y los cirujanos en particular, deben medir y comunicar los efectos de su trabajo. Según este modelo, la calidad en la medicina era considerada como una cuestión principalmente de la actuación del médico y el compromiso ético del mismo con el cuidado del paciente (Leader, 2000). La profesión se vigilaba a sí misma y a las instituciones en las que se prestaba la atención sanitaria.

El concepto actual de calidad en la atención médica data de la década de los sesenta, a partir de la difusión en 1966 de los trabajos de Avedis Donabedian sobre evaluación de la calidad en la atención médica. Desde entonces, los métodos de control (o mejor) garantía de calidad se clasifican en análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de resultados. (Nogueras 2000, Leader 2000).

Cuando hablamos de calidad de la estructura nos estamos refiriendo a las características de los recursos en el sistema de salud. Para los proveedores, las variables incluyen las características profesionales como especialidad, certificación, edad, sexo, etcétera. Para las instituciones es importante el tamaño y tipo de institución, así como algunos atributos físicos (número de camas) y otros factores organizacionales como la tasa paciente/médico, estructura organizacional, distribución del presupuesto y fuente de pago. (Lebow 1974, Ware 1975).

El método más común para evaluar la calidad estructural es mediante la acreditación organizacional.

El proceso se refiere a lo que se hace por y para el paciente. Se divide en dos aspectos: la excelencia técnica y la calidad interpersonal. La evaluación del proceso se lleva a cabo mediante la consideración de intervenciones apropiadas, uso de guías clínicas o estándares de atención, perfil de la práctica, clasificación de consumo. Los resultados en salud son el producto del efecto del proceso en la salud y bienestar de la población. Es una medida de la efectividad del sistema de atención. (Donabedian 1984, Torres 2003).

Donabedian en el año 1984, comenta que el propio intento de definir y medir la calidad de la atención médica parecía desnaturalizarla y rebajarla. Algunos elementos de la calidad asistencial pueden definirse fácilmente, en cambio otros aspectos son más difíciles de delimitar. En la evaluación de la actuación de los médicos a lo largo de los años se han utilizado dos áreas amplias de actividad: la técnica y la interpersonal, (Donabedian 1984, Infante 2000).

Pascoe, define la satisfacción como una respuesta emocional de los usuarios de la atención médica, sobre aspectos sobresalientes relacionados con la atención recibida. (Ruiz 1995, Cordera 2003).

Por lo anterior, es importante el conocimiento de la percepción del paciente en relación a su satisfacción con la atención médico-quirúrgica durante su hospitalización, así como la relación establecida entre el paciente y el personal de salud.

El consejo del IOM definió en 1994 los diferentes aspectos relacionados con la calidad, la misma aún es ampliamente aceptada y vigente: “La calidad asistencial es el grado en que los servicios de salud destinados a los individuos y a las poblaciones aumenta la probabilidad de conseguir unos resultados de salud óptimos y compatibles con los conocimientos actuales de los profesionales”. (Chassin 1999).

Vale la pena comentar algunos de los conceptos de esta definición. Así, el término servicios de salud hace referencia a una amplia gama de servicios relacionados con la salud, incluidos los asociados a enfermedades tanto físicas como mentales. Incluye los servicios cuyo objetivo es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y el bienestar, así como los tratamientos agudos, crónicos, de rehabilitación y paliativos. Además, la definición es aplicable a muchos tipos de profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, personal de enfermería, y otros profesionales) así como todos los ámbitos asistenciales (desde los hospitales e instituciones cerradas hasta las consultas de los médicos, los centros de medicina primaria e, incluso, los propios domicilios de los pacientes). (Knaus 1986, Abramovitz 1987, Leary 1988)

El hecho de que la definición incluya los términos individuos y poblaciones debe hacernos pensar en las distintas perspectivas en que debe analizarse la calidad asistencial. Así, mientras por un lado nos preocupa la calidad de la asistencia que los profesionales y los planos de salud particulares entregan a los individuos durante unos episodios específicos en que los necesitan, por otro debemos también interesarnos por la calidad de la asistencia en la totalidad del sistema de atención de salud. En particular, debemos preguntarnos si todos los estratos de la población tienen acceso a los servicios apropiados que necesitan y, además, si se observa o no mejoría de su estado de salud.

El término resultados de salud óptimos se refiere a los resultados de salud que los pacientes desean y subraya la relación crucial existente entre el modo de suministro de la atención y sus efectos sobre la salud, así como la necesidad de asegurar que todos los pacientes y sus familiares estén bien informados acerca de las intervenciones de salud alternativas y de sus resultados teóricos. Este término destaca la importancia de vigilar que la capacidad funcional de los individuos en su vida cotidiana sea lo mejor posible, así como prestar más atención a unos resultados médicos de la enfermedad mejor definidos. Finalmente, también incluye considerar el grado de satisfacción del paciente y sus familiares con los servicios que han recibido. (Khan 1990). La definición subraya que la calidad asistencial aumenta la probabilidad de conseguir unos buenos resultados de salud. En este contexto, la definición nos recuerda que el término “calidad” no es sinónimo de “resultados positivos”. Así, pueden aparecer resultados malos incluso tras la aplicación de una atención de salud óptima, puesto que con frecuencia es la misma enfermedad la que se encarga de derrotar nuestras mejores intenciones. Por el contrario, las personas son muy adaptables y, en ocasiones, los resultados para un paciente pueden ser buenos incluso tras haber recibido una mala calidad asistencial. En consecuencia, la evaluación de la calidad exige prestar atención tanto a los procesos como a los resultados de salud. (Russel 1993, Brook 1997).

El reto de mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado, particularmente durante los últimos 15 años; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado. (Torres 2001).

A través de varios años y de múltiples evaluaciones es posible documentar, salvo algunas excepciones, un bajo nivel promedio de la calidad en los servicios de salud públicos y privados . generales, es posible identificar cuatro grandes retos que requieren ser enfrentados:

- Percepción de mala calidad de los servicios de salud por parte de la población.
- Alta variabilidad del nivel de calidad técnica.
- Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y al interior de las propias instituciones, sean públicas o privadas.
- Pobre información y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud y sus niveles de calidad, lo que dificulta la toma de decisiones adecuadas.

En los años 80, se introdujo un modelo “industrial” de atención sanitaria y se juzgó en términos de rentabilidad y participación en el mercado. Los pacientes eran clientes y los médicos eran empleados o colaboradores. La calidad en este modelo esta relacionada con la rentabilidad y se define desde la perspectiva del cliente. La tecnología sanitaria desempeña un papel determinante en la calidad de los servicios médicos y en su costo. Si a ello se suma la premisa de que los recursos son limitados y las necesidades siempre crecientes, también habrá que realizar, en lo referente a la tecnología sanitaria, una búsqueda permanente de la mejor relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos. (Lohr 1990, Carrada, 1999). Este modelo industrial dio lugar a la aparición del benchmarking, el cual se originó de la necesidad de saber cómo se desempeñan las instituciones o empresas, es decir, obtener información confiable que sirviera para mejorar los procesos de atención en salud y lograr así un nivel superior de competitividad hacia la excelencia. El benchmarking se convirtió en el patrón de referencia para lograr el perfeccionamiento institucional, grupal y personal. Esta herramienta actualmente es aplicada en la práctica clínica hospitalaria y en los procesos de atención poblacional y de salud pública. En esencia, es un proceso de cambio dirigido y de creación de prácticas sanitarias mejores. Cuando se decide iniciar este proceso es porque se desea satisfacer los requerimientos y las expectativas expresadas por los clientes del sistema de salud y de los profesionales prestadores de servicios. Se comienza por conocer y jerarquizar las necesidades prioritarias de las organizaciones de salud.

En resumen el propósito principal del benchmarking en los sistemas de salud es incrementar la probabilidad de éxito, facilitar el desarrollo continuado de los servicios de salud, se considerarán cinco requisitos básicos:

1. Estar dispuesto a invertir tiempo, esfuerzo y dinero, con miras a mejorar a ciertos procesos de salud.
2. Estar seguro de que el equipo realmente desea aplicar una mejora, y saber para qué.
3. Convencer a la propia institución y a otras participantes, de las bondades y beneficios de implementar este proceso. Compartir, cooperar y mejorar continuamente.
4. Diseñar un plan de comunicación y capacitación para motivar e involucrar a todo el personal.
5. Lograr la aprobación, el apoyo y el compromiso de directivos y colaboradores. La calidad es trabajo de todos. Carrada (a, b).

El interés y la preocupación por conocer las opiniones de los pacientes y el resultante grado de satisfacción con los servicios se hace manifiesta en México a partir de los años 70, principalmente como consecuencia del apoyo de diferentes gobiernos (Silva, 1994), la influencia de científicos sociales, el enfoque de la salud como determinante en la calidad de vida y la competencia en el mercado de la atención a la salud. En 1974-75 se realizó en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” una encuesta por servicio, con objeto de explorar la satisfacción de los pacientes y los motivos de queja más frecuentes; la mayoría de los pacientes manifestó un alto grado de satisfacción con la atención brindada. En 1990, Ruiz González y colaboradores repitieron un estudio similar encontrando que los pacientes otorgaron a la atención recibida una calificación buena a excelente en el 97% de los casos. Sin embargo, el análisis de datos demostró que las quejas no mostraron cambios radicales, sino por el contrario, manifestaron la persistencia de problemas tales como la insuficiente higiene de los sanitarios y el insuficiente número de los mismos, los tiempos prolongados de espera, y la falta de algunos medicamentos en la farmacia. (Ruiz 1990).

En 1994, Silva Alvarado y colaboradores realizaron un estudio similar aplicando una encuesta sobre la satisfacción de los familiares de los pacientes pediátricos con la atención médica, paramédica y administrativa brindada en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI encontraron una frecuencia de satisfacción del 98%. En general se expresaron mayores grados de satisfacción hacia el personal médico (97%), en

cuanto a que los familiares manifestaron conocer al médico especialista, recibieron una explicación clara de la enfermedad por parte de los médicos y un buen trato. Los grupos en los que se identificaron los menores grados de satisfacción fueron los auxiliares clínicos y el personal de trabajo social. (Silva 1994). Los aspectos en que los familiares se mostraron con mayores índices de insatisfacción fueron: la información proporcionada en forma insuficiente, un tiempo prolongado para ingresar a la hospitalización y la falta de limpieza de algunas instalaciones.

Nájera y colaboradores realizaron una encuesta a una muestra aleatoria de 2179 usuarios de atención médica en la secretaría de salud del Estado de México, en instituciones de seguridad social y en el medio privado, para evaluar la percepción de la calidad a través del nivel de satisfacción del usuario y las razones que los fundamentaban. En general, la insatisfacción manifestada por los usuarios se debe a la mala calidad de las acciones de exploración y diagnóstico (28%), a los tiempos de espera prolongados (22%), a la deficiente relación interpersonal o el mal trato del personal que brindó la atención (18%), a los efectos negativos o la ausencia de resultados positivos de los medicamentos (14%), a la no resolución de los problemas de salud mediante la atención y a la deficiente o inadecuada acción terapéutica durante la consulta (6%). Este estudio permite concluir que la percepción de la buena o mala calidad de la atención se relaciona de manera muy importante con los aspectos técnicos en la exploración y diagnóstico, sin distinción del tipo de institución.

La elevada proporción de quejas por deficiencias de la calidad de la atención en instituciones de Seguridad social y públicas, posiblemente está asociada con la relación entre los recursos disponibles y el exceso de demanda de atención médica. (Martínez 1998, Ríos 2002).

En 1994 el American College of Surgeons (ACS) aprobó una serie de lineamientos para asegurar la calidad de la atención en servicios quirúrgicos. En estos, se hace énfasis en la calidad técnica e interpersonal que debe observar el cirujano al ofrecer sus servicios siendo importante observar que la relación costo-efectividad es otro parámetro considerado en los resultados. (ST-20, ACS 1994, Schuster 1997).

En 1997 en el trabajo: "Administración de la Calidad de la Atención Médica" se propuso como definición de la atención médica de calidad; "otorgar atención al usuario con oportunidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, así como las de los prestadores de servicios y de la institución". (Pope 1995, Aguirre 2002).

En 1997, Morales y colaboradores exploraron la satisfacción de usuarios en unidades de primer nivel de atención, encontraron un 68% de satisfacción y 32% de insatisfacción. Las áreas particulares de la atención que causaron mayor insatisfacción en el usuario fueron la falta de actualización del médico, información insuficiente al recetar y dar indicaciones al usuario, la falta de atención por parte del médico, el tiempo de espera para pasar a consulta y el cambio de médico. (Morales 1997).

En 1998 el comité de ética del American College of Physicians editó la cuarta edición de su manual de ética en el cual se definen los conceptos que rigen el comportamiento ético de la práctica médica. (Vidal 1993, Pestonik 1996, Longo 1997).

Por lo antes expuesto, en la actualidad los profesionales de la salud trabajan en un ambiente cada vez más complejo. La amplia gama de preguntas que se plantean generadas por esta complejidad ha estimulado la búsqueda de nuevas maneras de abordar la investigación en salud y en servicios de salud, y la demarcación relativamente reciente de esta última actividad como un campo con identidad propia. El desarrollo de este nuevo campo depende en gran medida, de que los médicos y otros profesionales de la salud sean investigadores, participantes y revisores especializados. (Bouza 2000, Manual de calidad SSA 2002).

Según afirma Torres Valadéz todos los problemas antes mencionados parecen no quedarse en simples enunciados, sino que se vislumbran soluciones a corto y largo plazo, y se aprecian cuatro caminos principales a seguir:

a) Uno derivado de la aportación de eruditos de alto nivel que integran grupos de trabajo, en donde se escucha la experiencia de médicos, investigadores, juristas, sociólogos, filósofos, ecologista, antropólogos, genetistas, etcétera.

- b) Del pensamiento y experiencia de médicos y cirujanos que ejercen su profesión todos los días, ya sea en el ámbito institucional, privado o ambos.
- c) De las acciones del gobierno a través de la Secretaría de Salud, para que absolutamente todas las acciones para atender la salud de la población estén orientadas a obtener siempre resultados positivos para todos y sin detrimento de ninguno.
- d) Del papel que pueden desempeñar las diferentes academias y consejos médicos como órganos consultivos para encontrar soluciones a los problemas que se han mencionado. (Torres 2001, Ocampo 2002).

Los problemas relacionados con la calidad pueden clasificarse en 3 categorías: “utilización por defecto”, “utilización por exceso” y “mala utilización”. (Chassin 1996).

En la secretaría de Salud se inició en 1997 el programa de mejoría médica continua de la calidad de la atención médica. Desde entonces y hasta el final del año 2000 fue implantado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la dirección de calidad de la dirección general de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo niveles en la historia de esta institución así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades. (Chassin 1987, Valencia 2001, Flood (a, b). La Secretaría de Salud impulsó también la certificación de los hospitales “amigos de la madre y el niño” y la certificación de jurisdicciones sanitarias. A través del consejo de Salubridad General se inició en 1999 el programa de certificación de hospitales cuyos resultados cuantitativos a finales del año 2000 rebasaron las expectativas fijadas, no así en lo cualitativo del proceso, pues se identificaron importantes problemas que pusieron en riesgo su credibilidad (Collazo 2002, Ríos 2002, Tena 2002). Sin duda una de las iniciativas más importantes de la Secretaría de Salud en esta materia fue la creación en 1996 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el desarrollo de sus homólogas en varios estado de la República.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001 presentó siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que se resumen en la siguiente relación:

1. Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.

2. Consentimiento informado antes de una intervención o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
3. Contar con registros en su expediente clínico.
4. Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes.
5. Atender pacientes solamente cuando se esté facultado para ello, mediante el título o diploma de especialidad y no participar en prácticas delictivas.
6. Referir al paciente cuando no se cuente con los recursos para su atención.
7. Atender las urgencias, no abandonar al paciente. (Moctezuma 2002, Cordera 2003).

Posteriormente, en diciembre del mismo año 2001, la propia comisión emitió y difundió la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”.

Así, el médico mexicano a pesar de la abrumadora información de la cultura de la medicina administrada, del impacto de las tecnologías modernas, deberá ser el mejor agente para conservar la salud, en el que los pacientes y la sociedad sigan depositando su confianza.

III.- METODOLOGIA.

DISEÑO.

Tipo de estudio: Prospectivo, transversal y analítico.

Ingresaron al estudio adultos de ambos sexos, mayores de 18 años, alfabetas, los cuales estuvieron internados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Querétaro (SESEQ) en el periodo comprendido del 1° de enero del 2004 al 30 de junio del 2004.

A todos los participantes se solicitó el consentimiento informado.

El propósito de la encuesta fue conocer la satisfacción en relación a la atención médica prestada durante su hospitalización por el personal que integra el equipo de atención médica.

Es un cuestionario que se diseñó en base a herramientas de trabajo utilizados en estudios similares en nuestro país o el extranjero; se utilizó el cuestionario aplicado por Morales (1997), al cual se le realizaron modificaciones para ajustarse a las características de los pacientes del Servicio de Cirugía General. El formato de las respuestas se estructuró de acuerdo a una escala nominal con dos o cuatro opciones de respuesta, que valora satisfacción y no satisfacción.

El cuestionario tuvo un formato de 51 respuestas cerradas en el que se incluyeron las siguientes variables además de una parte introductoria (Anexo 1).

- a) Información sociodemográfica del entrevistado que incluyó; edad, sexo, escolaridad y ocupación.
- b) Exploración de los aspectos técnicos: preguntas enfocadas a explorar la satisfacción del paciente con los resultados de su manejo quirúrgico.
- c) Exploración de las relaciones interpersonales: preguntas enfocadas a explorar la satisfacción con la relación médico-paciente.
- d) Exploración de la satisfacción global mediante la última pregunta del cuestionario en la que se solicita al encuestado que manifieste si está satisfecho o no con la calidad de la atención médica proporcionada durante su estancia.

Todos los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes el día de su egreso del servicio a través de Trabajadoras Sociales previamente entrenadas por los investigadores, dicho cuestionario es anónimo y autoaplicable para ser respondido en privado. Tanto las Trabajadoras Sociales como el personal Médico del servicio se encontraron cegados al momento del estudio.

Toda la información fue capturada en una base de datos computacional utilizando el programa estadístico EPI-INFO V-10 al cual se le aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central e inferencial como fue la desviación estándar y se aplicó chi cuadrada para variables categóricas con una significancia estadística de $p < 0.05$.

IV. RESULTADOS.

Se incluyeron un total de 263 encuestas aplicadas a pacientes hospitalizados del Servicio de Cirugía General del Hospital General de Querétaro, encaminadas a conocer la satisfacción de los servicios de atención médica, se excluyeron 87 por las siguientes razones:

El rango de edad encontrado en los pacientes fue de 18 a 80 años con un promedio de 37.14 ± 15.5 años (Figura 1).

La relación entre la frecuencia de satisfacción y no satisfacción de los diferentes grupos de edad se observa en la Figura 2, Tabla 1.

En relación al sexo no hubo predominio de género, participaron 87 masculinos que correspondieron al 49.43% y femeninos 89, con 50.56% (Figura 3). La frecuencia de satisfacción por género fue de 78 casos para el sexo masculino (44.32%) y para el sexo femenino fue de 79 casos (44.88%); (Figura 4, Tabla 2). Cuando se relacionó el género con la satisfacción o no satisfacción de la atención médica se encontró una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.05$.

La escolaridad registró un predominio de la educación secundaria con 60 casos (34.09%), seguido por nivel primaria con 51 casos (28.98%), preparatoria, bachillerato o carrera técnica en 47 casos (26.7%), sólo saben leer y escribir 11 casos (6.25%), y por último el nivel licenciatura con 7 casos (3.98%) (Figura 5). Analizando el grado de escolaridad y su relación con la satisfacción y no satisfacción, el grupo con la mayor frecuencia de satisfacción encontrado es el de educación secundaria con 51 encuestas de satisfacción (28.98%), seguido por educación primaria con 47 (26.7%) y en tercer lugar el de educación media superior con 44 encuestas positivas (25%). Así mismo, el grupo que reportó mayor frecuencia de insatisfacción fue el de educación secundaria con 9 (5.11 %) encuestas con lo cual existió una diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$, (Figura 6, Tabla 3).

En cuanto a la ocupación del encuestado, 13 (7.39%) correspondieron a desempleados o pensionados, 66 (37.5%) fueron empleados, los estudiantes en número de 22 (12.5%), profesionistas 3 (1.7%), comerciantes 14 (7.95%) y amas de casa 58 (32.95%) siendo estas últimas el segundo grupo más importante después del grupo productivo económicamente, conformado por los empleados y prestadores de servicios (Figura 7).

Al analizar la relación entre la ocupación y la satisfacción del usuario se observó lo siguiente; el grupo conformado por empleados y prestadores de servicios con 60 encuestas

de satisfacción (34.09 %), amas de casa con 52 (29.54 %), estudiantes 21 (11.93 %), comerciantes 11 (6.25 %), desempleados 10 (5.68%) y, profesionistas 3 (1.7 %), y en relación a la presencia de insatisfacción por grupos de ocupación se encontró, el grupo de empleados y prestadores de servicios y el grupo de amas de casa con 6 encuestas (3.41 %) cada uno, (Figura 8, Tabla 4), presentando una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

Al evaluarse la frecuencia de satisfacción por grupos asistenciales los resultados fueron los siguientes: personal médico: 3159 (87.58%), de reactivos con respuesta satisfactoria y 448 (12.42%) resultados no satisfactorios (Figura 9). Personal paramédico: 974 (91.97%), respuestas satisfactorias contra 85 (8.03%) no satisfactorias (Figura 10). Personal de apoyo: 2727 (79.37%), respuestas satisfactorias contra 709 (20.63%) no satisfactorias (Figura 11).

En la satisfacción global se encontró una frecuencia de 6919 respuestas de satisfacción correspondiendo a un 84.85 %, ver (Figura 12).

En cuanto al reactivo 51 el cual explora directamente el grado de satisfacción encontramos 157 pacientes satisfechos (89.2 %) y 19 pacientes no satisfechos (10.8 %), (Figura 13).

Los principales rubros donde se encontró mayor frecuencia de insatisfacción fueron los siguientes:

Cuando se interrogó si el paciente conoció al personal de salud mental la frecuencia de respuestas de no satisfacción fue de 164 (93.18%) contra sólo 12 respuestas de satisfacción (6.82%). Al preguntar si el paciente recibió orientación por parte de la trabajadora social respecto a los servicios que ofrece el hospital o, si tuvo problemas para su internamiento, la frecuencia de respuestas no satisfactorias fue de 115 (65.34%) y sólo 61 respuestas fueron satisfactorias (34.66%). Al investigar si el personal de dietología explicó al paciente las características de su dieta indicada, la frecuencia de respuestas no satisfactorias fue de 129 (73.3%), y sólo 47 pacientes reportaron respuestas satisfactorias (26.7%). De los 91(51.7%) pacientes que requirieron curaciones, al interrogarse sobre la aplicación oportuna de analgésicos durante la realización de las curaciones los resultados fueron, 56 respuestas satisfactorias (61.54%) y 35 respuestas no satisfactorias (38.46%) (cuadro 6).

FIGURA 1.

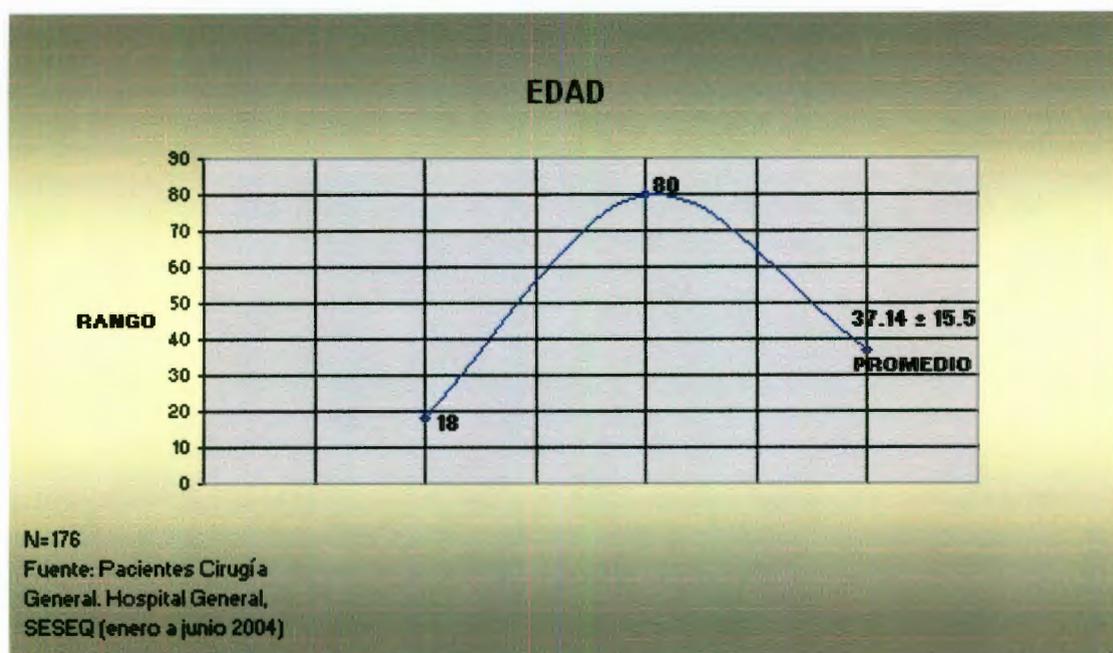


FIGURA 2.



CUADRO 1.

EDAD	Satisfecho	%	No satisfecho	%
18-28	62	35.22	7	3.97
29-39	40	22.72	4	2.27
40-50	26	14.77	2	1.13
51-61	13	7.38	5	2.84
62-72	11	6.25	0	0
>73	5	2.84	1	0.56

FIGURA 3.

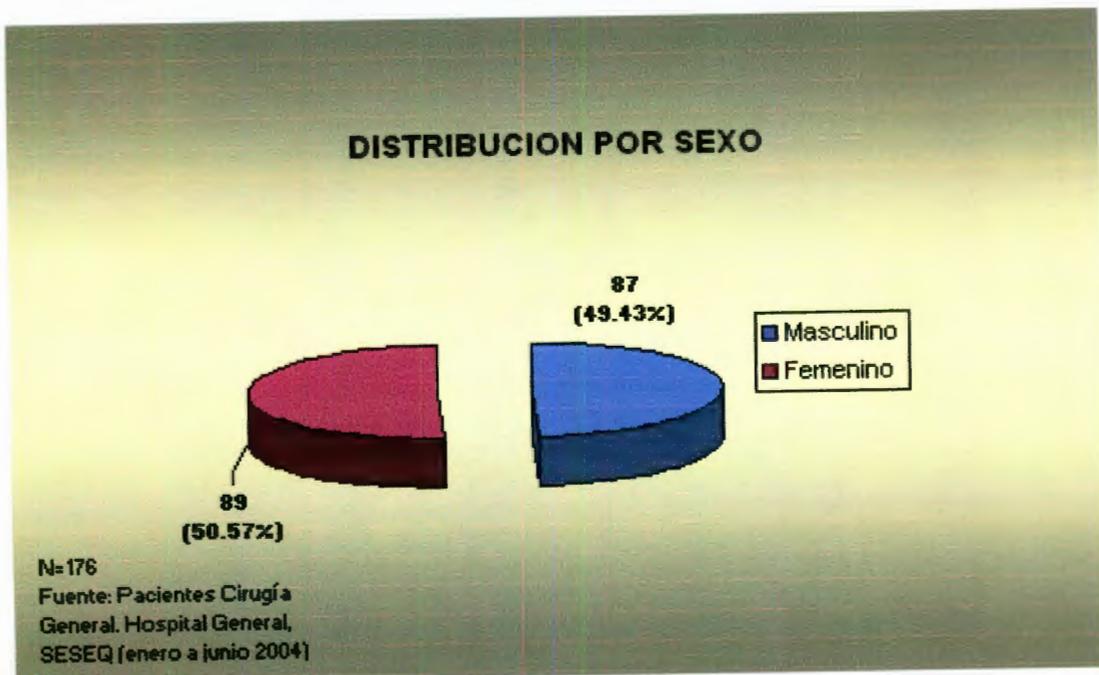


FIGURA 4.



CUADRO 2.

SEXO	Satisfecho	%	No satisfecho	%
MASC.	78	44.32	9	5.12
FEM	79	44.88	10	5.68
TOTAL	157	89.2	19	10.8

FIGURA 5.

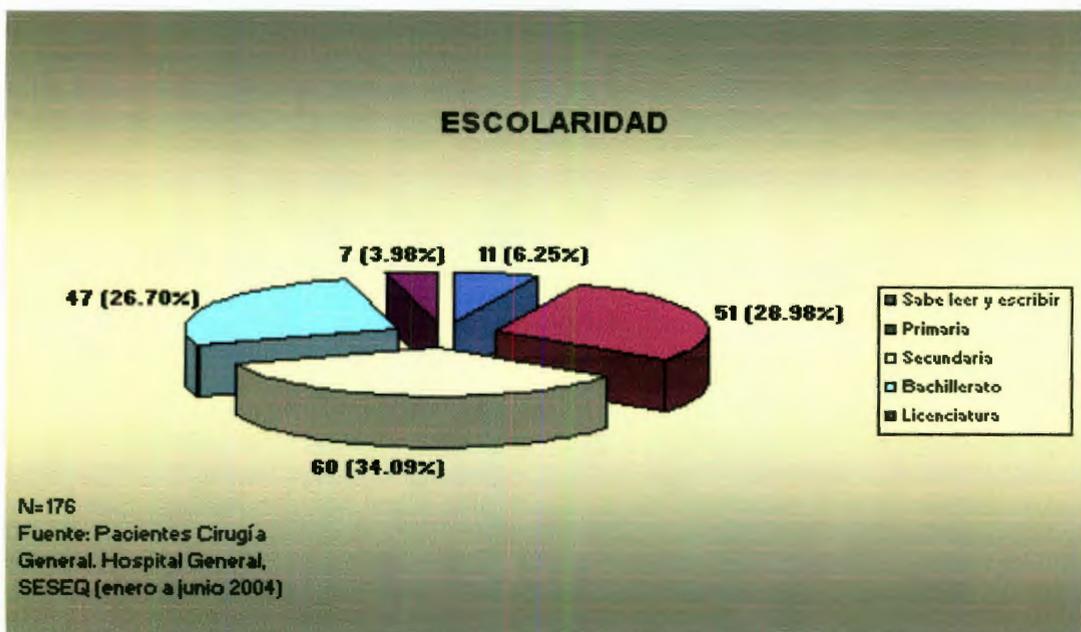


FIGURA 6.



CUADRO 3.

ESCOLARIDAD	Satisfecho	%	No satisfecho	%
Sabe leer y escribir	9	5.11	2	1.36
Primaria	47	26.7	4	2.27
Secundaria	51	29	9	5.11
Bachillerato	44	25	3	1.7
Licenciatura	6	3.41	1	0.56
TOTAL	157	89.2	19	10.8

FIGURA 7.

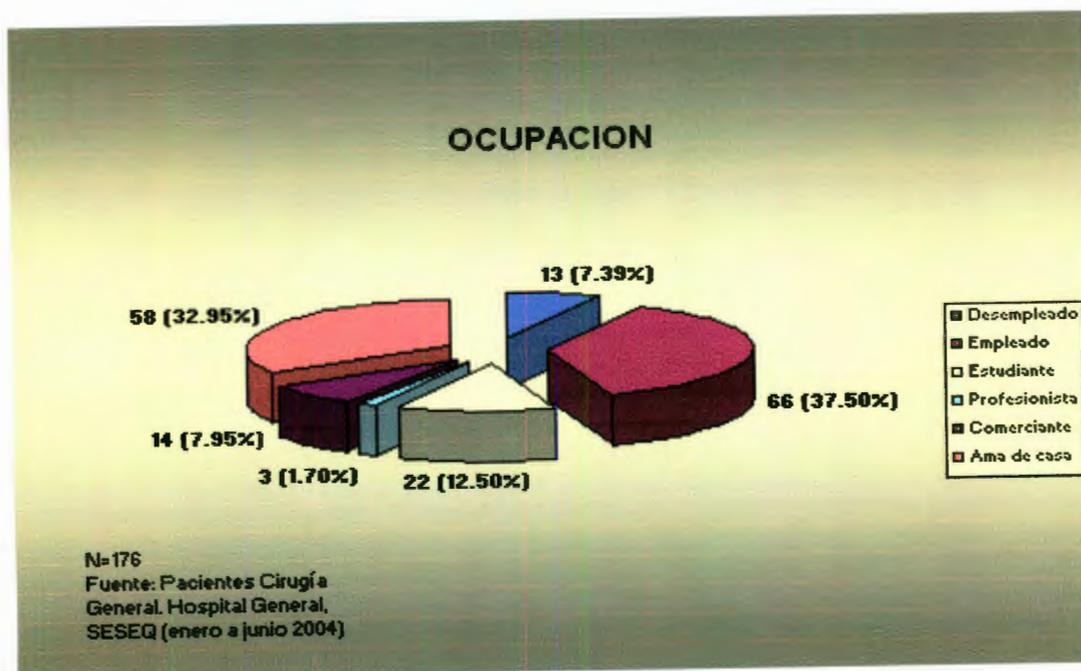


FIGURA 8.



CUADRO 4.

Ocupación	Satisfecho	%	No satisfecho	%
Desempleado	10	5.68	3	1.7
Empleado	60	34.09	6	3.41
Estudiante	21	11.93	1	0.56
Profesionista	3	1.7	0	0
Comerciante	11	6.25	3	1.7
Ama de casa	52	29.54	6	3.41

FIGURA 9.

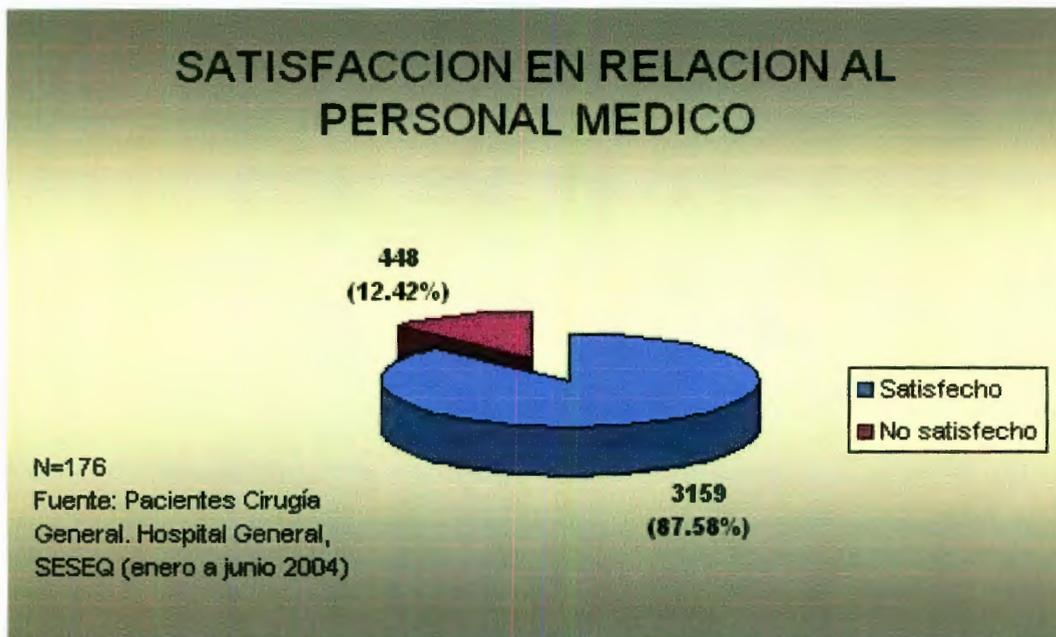


FIGURA 10.

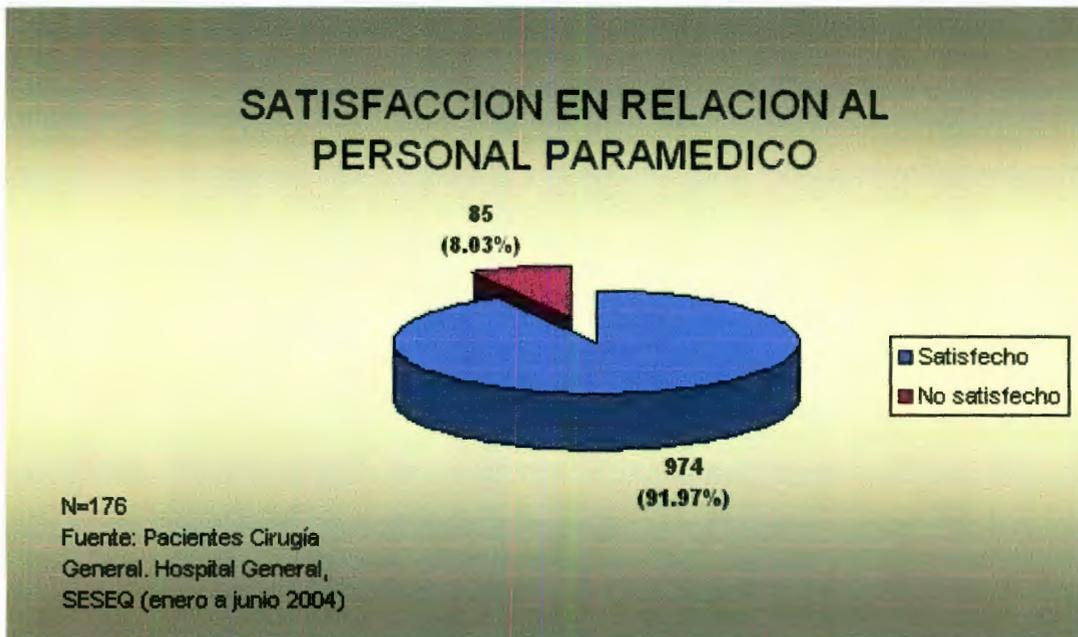


FIGURA 11.

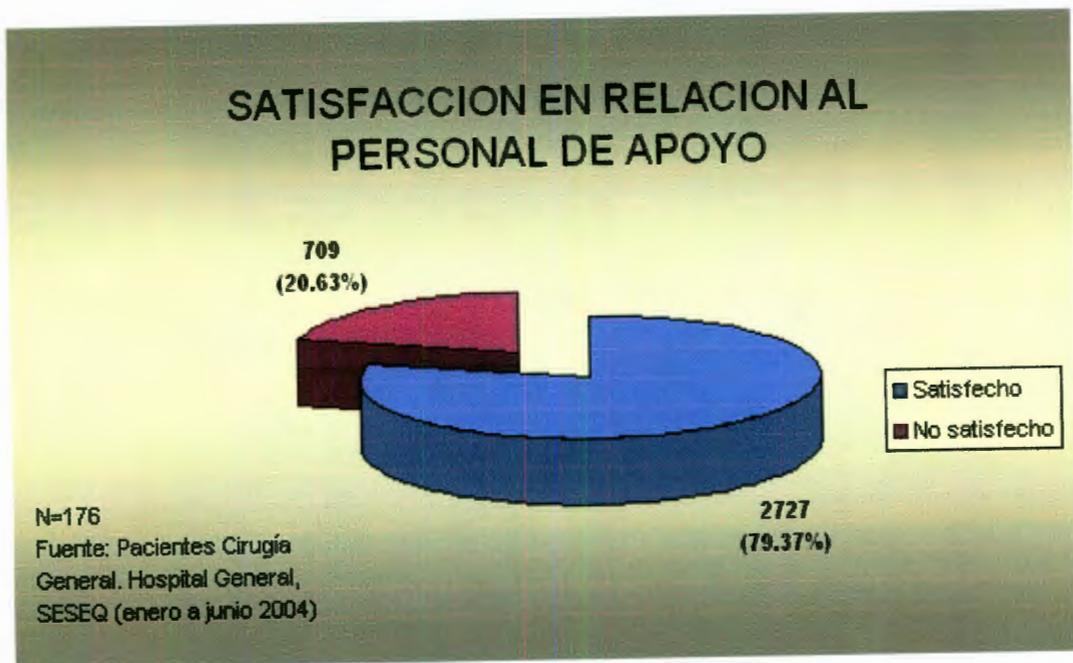


FIGURA 12.

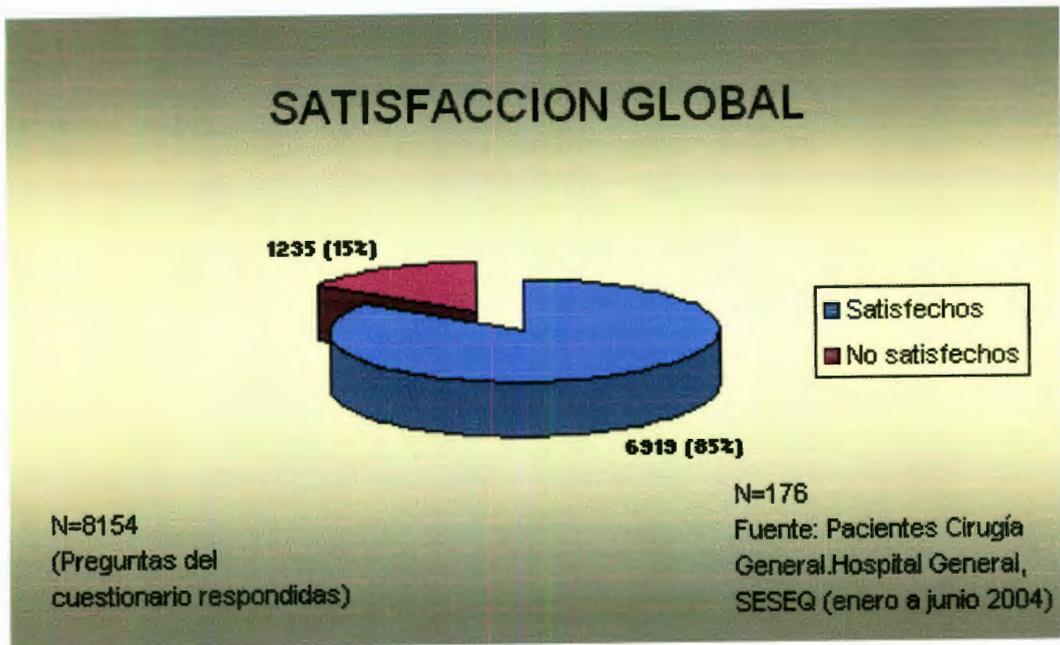
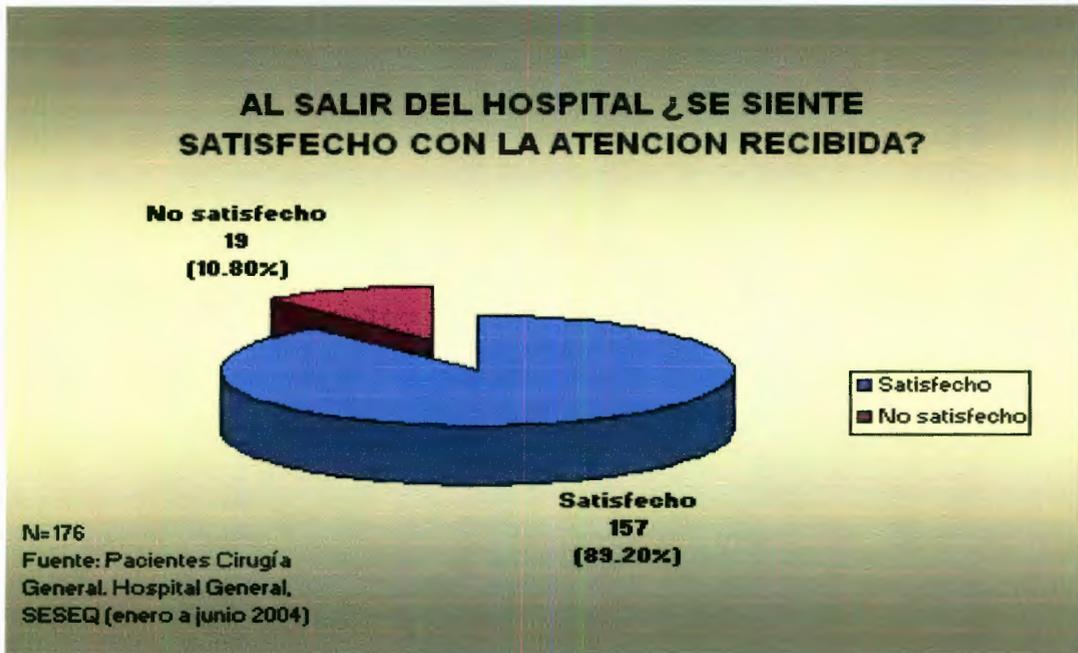


FIGURA 13.



CUADRO 5.

VARIABLE	SATISFECHO	%	NO SATISFECHO	%
¿Conoció al personal de salud mental? n=176	12	6.82	164	93.18
¿Recibió orientación por parte de trabajo social? ... n=176	61	34.7	115	65.34
¿Le explicó la dietista su dieta indicada? n=176	47	26.7	129	73.3
¿Cuando requirió analgésicos durante las curaciones, se le administraron oportunamente? n=176	56	61.5	35	38.46

CUADRO 6.

RELACION DE SATISFACCION Y NO SATISFACCION,
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Pacientes		
Satisfecho / No satisfecho	Chi cuadrada	p < 0.05
Sexo.	6.52487	S
Escolaridad.	13.22	S
Ocupación.	14.213	S

S= Significancia.

V. DISCUSION.

La importancia de conocer el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en nuestro medio ha sido enfatizada desde hace más de 30 años como lo demuestran diversos estudios llevados a cabo en nuestro país, siendo los pioneros el Instituto Nacional de la Nutrición en la década de los 70 (Ruiz 1990) y, posteriormente el Hospital Infantil de México. Fueron estos esfuerzos los que ayudaron a sembrar los antecedentes así como la inquietud por explorar ésta área y asimismo desarrollar las herramientas necesarias para evaluar la calidad de atención de un servicio y la percepción de la satisfacción de los usuarios.

Una de las más importantes medidas del resultado es la satisfacción obtenida por los pacientes o sus familiares con la atención médica que reciben. Determinar el grado de satisfacción que experimentan los pacientes cuando requieren cuidados médicos es difícil de medir, para esto, se han construido una gran variedad de instrumentos para medir satisfacción. Algunos de ellos se han desarrollado en función de una compleja tarea de validación (Silva, 1994).

Al explorar directamente el grado de satisfacción mediante la pregunta: ¿Al salir del hospital se siente satisfecho con la atención recibida?, se obtuvieron 157 reactivos con respuesta satisfactoria (89.2%), lo cual está en relación a lo reportado por Silva y colaboradores (1994), con un 92% de satisfacción aunque fue en un servicio pediátrico. Por otra parte nuestros resultados son superiores a lo reportado por Morales (1997), quien reporta un 68% de satisfacción con la atención, en un servicio de atención primaria a la salud. En trabajos internacionales efectuados por Donabedian (1984), se han encontrado niveles de satisfacción superiores al 90%.

Se identificaron los siguientes rubros como principal motivo de insatisfacción.

- 1.- La falta de apoyo por parte del personal de salud mental.
- 2.- Insuficiente información por parte de Trabajo Social respecto a los servicios prestados en la unidad hospitalaria.
- 3.- La falta de comunicación del servicio de dietología con el usuario y la necesidad de explicar al paciente su dieta indicada.

La frecuencia de satisfacción con los diferentes grupos que participaron en la atención del paciente fue de 87.58% para el personal médico, 91.97% para el personal paramédico y, 79.37% para el personal de apoyo; lo que está en relación muy aproximada a lo reportado por Ruiz (1990) y Silva (1994).

Debido a que en general los pacientes suelen mostrarse satisfechos con la atención médica recibida, se ha hecho énfasis sobre la importancia de identificar a esa proporción de pacientes que se muestran insatisfechos con la misma y en consecuencia, que los esfuerzos deban dirigirse a identificar los factores asociados a insatisfacción. Su correcta

identificación y las soluciones que a partir de este conocimiento se establezcan, podrán permitir elevar la frecuencia de satisfacción dentro de los pacientes que acuden en busca de atención médica.

Esta labor aún no termina sino que, apenas es el comienzo ya que se exploró un aspecto general de los niveles de satisfacción. Aún queda por consolidar nuevos estudios y explorar nuevos rubros, siempre yendo de lo general a lo particular. Todo lo anterior nos ayuda a mejorar diferentes aspectos de la atención sin olvidar que ésta es dinámica y perfectible, lo cual quiere decir que nos debemos evaluar continuamente.

Esperamos también, que este estudio despierte interés en otros servicios del mismo hospital ya que esto generará mejoras e innovaciones en todos y cada uno de los que conformamos el equipo de atención a la salud.

Quizá nuevas generaciones demuestren y reafirmen el valor y provecho de este estudio.

VI. LITERATURA CITADA.

- Abramowitz S, Cote AA, Berry E. 1987. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Qual Rev Bull.* 13: 122-30.
- Aguirre H. 2002. La ética y la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj.* 70: 50.
- Aréchiga H. 1993. La biomedicina y los médicos del futuro. *Rev Fac Med.* 36:77-81.
- Bates DW, Spell N, Cullen DJ et al, and the Adverse Drug Prevention Study Group. 1997. The costs of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA.* 277: 307-311.
- Bosque AR. 2004. Educar en libertad para conseguir una práctica médica mas humana. *Act Med G Ang.* 2: 131-32.
- Bouza A. 2000. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Rev Cub Sal Púb.* 26:50.
- Brook RH. 1997. Nabaged care is not problem, quality is. *JAMA.* 278: 1612-14.
- Carrada T. 2002. Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario. *Rev Med IMSS.* 40:25.
- Carrada T. 1999. Benchmarking: estrategia de calidad en los sistemas de salud. *Directivo Médico.* 4:18.
- Chassin MR. 1999. La urgente necesidad de mejorar la calidad asistencial. *JAMA.* 7:355.
- Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. 1996. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med.* 334: 394-98.
- Chassin MR, Kosecoff J, Park RE et al. 1987. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? A study of three procedures. *JAMA.* 253: 2533-37.

- Cleary P, McNeil BJ. 1988. Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*. 25: 25-36.
- Collazo M. 2002. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Rev Pan Salud Pub*. 12:359.
- Cordera A. 2003. La calidad de la atención médica. *Directivo médico*. 10:109-113.
- Donabedian A. 1986. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*. 28: 234-237.
- Editorial. 2000. La reforma de los sistemas de Salud. *Directivo médico*. 7:5.
- Flood AB, Scott WR, Ewy W. 1984. Does practice make perfect? I: the relation between hospital volume and outcomes for selected diagnostic categories. *Med Care*. 22: 98-114.
- Flood AB, Scott WR, Ewy W. 1984. Does practice make perfect? II: the relation volume and outcomes and other hospital characteristics. *Med Care*. 22: 115-25.
- Infante A, De La Mata I, López AD. 2000. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Pan Am J Public Health*. 8:13.
- Khan KL, Rogers WH, Rubenstein LV et al. 1990. Measuring quality of care with explicit process criteria before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA*. 264: 1969-73.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner WP et al. 1986. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Intern Med*. 104: 410-18.
- Leader A. 2000. Cuestionario de calidad. *Orgyn*. 11:18.
- Lebow JL. 1974. Consumer assessments of the quality of medical care. *Med Care*. 12: 328-37.

- Lohr KN, ed. 1990. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press.
- Lolas F. 2002. Información, comunicación y equidad: dilemas en el ámbito sanitario. *Rev Panam Salud Publica*. 11:430-434.
- Longo DR, Land G, Schramm V, Fraas J, Hoskins B, Howell V. 1997. Consumer reports in health care: do they make a difference in a patient care? *JAMA*. 278: 1579-84.
- Lurie N, Ward NB, Shapiro MF, Gallego C, Vaghaiwalla R. 1986. Termination of medical benefits: a follow-up study one year later. *N Engl J Med*. 314: 1266-68.
- Manual. 2002. Calidad total para directivos de salud. 1ª Ed. Editado por la Secretaría de Salud. México. 8-67.
- Martínez A, Guzmán B. 1998. Evaluación de la calidad de la atención a la salud mediante indicadores y su estándar. *Rev Med IMSS*. 36:487.
- Moctezuma G. 2002. Derechos y deberes de los pacientes. *Rev. CONAMED*. 7:35.
- Morales F, García C. 1997. Satisfacción de usuarios en unidades del primer nivel de atención médica. *Rev Méd. IMSS*. 35:139.
- Nogueras G. 2000. Anestesia para la cirugía ambulatoria. En Nogueras G. Modelos de acreditación y garantía de calidad en cirugía mayor ambulatoria. 2ª Ed. México. 17.
- Ocampo J. 2002. La bioética y la relación médico-paciente. *Cir Ciruj*. 70:55.
- Pestotnik SL, Classen DC, Evans S, Burke JP. 1996. Implementing antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes. *Ann Intern Med*. 124:884-890.
- Pope C, Mays N. 1995. Introducción a los métodos cualitativos en investigación médica. *BMJ*. 3:274.

- Pope C, Mays N. 1993. Opening the black box: an encounter in the corridors of health services research. *BMJ*. 206: 315-18.
- Ríos J. 2002. Los costos de la mala calidad en las instituciones de salud. *Directivo médico*. 9:228.
- Rivero O, Tanimoto M. 1997. El ejercicio actual de la medicina. Siglo XXI Editores. 100-102.
- Ruiz C, Vargas F. 1990. Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNNSZ). *Rev Invest Clín*. 42: 298.
- Russel LB. 1993. The role of prevention in health reform. *N Engl J Med*. 329: 352-54.
- Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. 1997. Why the quality of US health care must be improved. Santa Mónica: RAND.
- Silva R, Garduño J. 1994. Frecuencia de satisfacción con la atención médica en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados. *Bol Med Hosp Inf. Méx*. 51:514.
- ST-20. 1994. Statment of recommendations to Ensure Quality of surgical services in Manager Care Environments. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 79:30.
- Tena C. 2002. Contexto del Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. *Rev. CONAMED*. 7:6.
- Torres LP, Constantino NM. 2003. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Rev Med IMSS*. 41:359.
- Torres F. Editorial. 2001. Algunas preocupaciones del ejercicio de la medicina en el siglo XXI. *Cir Ciruj*. 69:213.
- Valencia JL. 2001. Estado actual de la calidad de la atención médica. *Para la salud*. 5:52.

Vidal LM, Reyes H. 1993. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Sal Púb de Méx. 35:326.

Ware Jr JE, Snyder MK. 1975. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. Med Care. 13: 669-82.

VII. ANEXOS.

Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

**LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DE
QUERETARO (SESEQ)**

Habiendo sido debidamente informado en palabras claras y comprensibles del objetivo del presente estudio y, estando en pleno uso de mis facultades mentales y sin que se ejerza sobre mí ningún tipo de presión, acepto de manera voluntaria participar en este estudio mediante el llenado del cuestionario de manera anónima, depositando toda mi confianza en el personal médico y paramédico que lo aplica. Además, estoy de acuerdo que en cualquier momento puedo abandonar el estudio, sin que esto repercuta en mi manejo médico y/o quirúrgico.

Nombre y firma del paciente: _____

Testigo, nombre y firma: _____

Testigo, nombre y firma: _____

Fecha: _____

SECRETARIA DE SALUD (SESEQ).
HOSPITAL GENERAL DE QUERETARO.
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

ESTE CUESTIONARIO ES ANONIMO, SUS RESPUESTAS NOS PERMITIRAN
MEJORAR LA ATENCION PARA LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL POR ESA
RAZON LE SOLICITAMOS QUE LO CONTESTE TODO.

Favor de marcar con una "X" la respuesta que considere apropiada.

Fecha: ----- Edad:----- Sexo Masc.() Fem.()
Escolaridad-----Ocupación-----

REACTIVO.	Evaluación.
1.-CONOCIO AL CIRUJANO A CARGO DE SU MANEJO? SI() NO()	1.-
2.-EL CIRUJANO LE EXPLICO CLARAMENTE SU PROBLEMA? SI() NO ()	2.-
3.-SU RELACION CON EL FUE? BUENA() REGULAR () MALA () PESIMA()	3.-
4.-ENTENDIO SU ENFERMEDAD? NADA () MUY POCO () REGULAR () MUCHO ()	4.-
5.-CONOCIO AL MEDICO RESIDENTE? SI () NO ()	5.-
6.-LE EXPLICO SU ENFERMEDAD? SI() NO ()	6.-
7.-SU RELACION CON EL(ELLA) FUE? BUENA () REGULAR ()) MALA () PESIMA()	7.-
8.-CONOCIO AL MEDICO INTERNO? SI() NO ()	8.-
9.-LA INFORMACION MEDICA DE SU ESTADO DE SALUD FUE? BUENA () REGULAR () MALA() PESIMA ()	9.-
10.-CONOCIO AL PERSONAL DE SALUD MENTAL? SI () NO ()	10.-
11.-COMO FUE SU TRATO? BUENO () REGULAR () MALO () PESIMO ()	11.-
12.-LAS ENFERMERAS ACUDIERON CON PRONTITUD A SU LLA-MADO? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	12.-
13.-TUVO PROBLEMAS PARA LA ADMINISTRACION DE ALGUN MEDICAMENTO? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	13.-
14.-TUVO PROBLEMAS CON LAS ENFERMERAS? NO () SI () EN CUAL TURNO?	14.-

15.-EL TRATO DE LAS ENFERMERAS FUE? BUENO()REGULAR () MALO () PESIMO ()	15.-
16.-EL TRATO DE LOS MEDICOS INTERNOS FUE? BUENO () REGULAR () MALO () PESIMO ()	16.-
17.-EL TRATO DE LOS CIRUJANOS FUE? BUENO () REGULAR () MALO () PESIMO ()	17.-
18.-EL TRATO DE LOS RESIDENTES FUE? BUENO () REGULAR () MALO () PESIMO ()	18.-
19.-LE SIRVIERON LOS ALIMENTOS CON BUENA TEMPERATURA? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	19.-
20.-LA CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS FUE? MUY ESCASA () ESCASA () SUFICIENTE () ABUNDANTE ()	20.-
21.-LE EXPLICO LA DIETISTA SU DIETA INDICADA? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	21.-
22.-LE TARDARON SU ALIMENTO DESPUES QUE LE HICIERON ALGUN ESTUDIO? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	24.-
23.-CONOCIO A LA DIETISTA DEL PISO? SI () NO ()	23.-
24.-CONOCIO A LA TRABAJADORA SOCIAL DEL PISO? SI () NO ()	24.-
25.-SI USTED INGRESO POR URGENCIAS , EL TIEMPO QUE ES PERO PARA SER OPERADO O SER INTERNADO EN PISO FUE RAZONABLE? SI () NO () NO INGRESE POR URGENCIAS()	25.-
26.-EL TIEMPO QUE ESPERO PARA QUE USTED LLEGARA A SU CAMA DESPUES DE HABER SIDO OPERADO FUE RAZONABLE? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	26.-
27.- RECIBIO ORIENTACION DE PARTE DE LA TRABAJADORA SOCIAL SOBRE LOS TRAMITES Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	27.-
28.-LE DIERON SUS CITAS OPORTUNAMENTE? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	28.-
29.-LA ATENCION MEDICA DURANTE EL TURNO MATUTINO FUE? BUENA() REGULAR() MALA() PESIMA()	29.-
30.-LA ATENCION MEDICA DURANTE EL TURNO VESPERTINO FUE? BUENA() REGULAR() MALA() PESIMA()	30.-
31.-LA ATENCION MEDICA DURANTE EL TURNO NOCTURNO FUE? BUENA () REGULAR() MALA() PESIMA ()	31.-
32.-EL TRATO DE LA TRABAJADORA SOCIAL DEL PISO FUE? BUENO () REGULAR () MALO () PESIMO ()	32.-
33.-LE PREGUNTO LA TRABAJADORA SOCIAL SI TUVO PROBLEMAS PARA SU INTERNAMIENTO? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	33.-
34.-LAS SONDAS Y CANALIZACIONES FUERON MANEJADAS COMO EL CIRUJANO INDICO ? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	34.-
35.-CUANDO REQUIRIO CURACIONES ESTAS SE REALIZARON	35.-

DE MANERA OPORTUNA? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE () NO REQUERI CURACIONES ()	
36.- CUANDO SINTIO DOLOR DURANTE LAS CURACIONES SE LE ADMINISTRO MEDICAMENTO EN FORMA OPORTUNA? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE () NO REQUERI CURACIONES ()	36.-
37.- EL MEDICO QUE REALIZO LAS CURACIONES UTILIZO BATA, GUANTES Y CUBREBOCAS? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE () NO REQUERI CURACIONES ()	37.-
38.-EL PERSONAL DE LABORATORIO FUE CORTES CON USTED AL TOMAR LAS MUESTRAS DE LABORATORIO? NUNCA () RARA VEZ () CASI SIEMPRE () SIEMPRE ()	38.-
39.-EL PERSONAL DE RADIOLOGIA FUE AMABLE DURANTE LA REALIZACION DE SUS ESTUDIOS? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	39.-
40.-CUANDO USTED PRESENTO DOLOR SE LE ADMINISTRO MEDICAMENTO EN FORMA OPORTUNA? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	40.-
41.-TUVO DIFICULTADES PARA QUE LE DIERAN SUS CITAS AL LABORATORIO, RADIOGRAFIAS, ESTUDIOS O CITAS PARA CONSULTA EXTERNA CUANDO LE DIERON EL ALTA? NO () SI ()	41.-
42.-TUVO DIFICULTADES PARA SU ALTA DEL SERVICIO? NO () SI () POR QUE?	42.-
43.-TUVO DIFICULTADES POR LA AMBULANCIA? NO SE NECESITO () NO () SI ()	43.-
44.-LE ENTREGARON A TIEMPO LA PAPELERIA DE ALTA? SI () NO () POR QUE?	44.-
45.-TUVO PROBLEMAS CON EL PERSONAL DE VIGILANCIA PARA SER VISITADO POR SUS FAMILIARES? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	45.-
46.-EL PERSONAL DE VIGILANCIA LE RESPONDIO A SUS PREGUNTAS CON CORTESIA? SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()	46.-
47.-TUVO PROBLEMAS CON EL PERSONAL DE LAS CAMILLAS? SI () NO ()	47.-
48.-LA LIMPIEZA Y EL ASEO DE LA SALA DONDE USTED ESTUVO HOSPITALIZADO FUE? BUENA () REGULAR () MALA () PESIMA ()	48.-
49.-LA LIMPIEZA Y EL ASEO DE LOS BAÑOS LE PARECIO? BUENA () REGULAR () MALA () PESIMA ()	49.-
50.-LA LIMPIEZA DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL FUE? BUENA () REGULAR () MALA () PESIMA ()	50.-
51.-AL SALIR DEL HOSPITAL SE SIENTE SATISFECHO(A) CON LA ATENCION RECIBIDA? SI () NO ()	51.-

TIENE ALGUNA SUGERENCIA QUE HACERNOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL? POR FAVOR ANOTELA.
