

11237 78  
29.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PETROLEOS MEXICANOS**

**DIRECCION CORPORATIVA DE ADMINISTRACION  
GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS  
HOSPITAL CENTRAL NORTE**

***"NIVELES DE SATISFACCION CON LA ATENCION  
MEDICA EN FAMILIARES DE PACIENTES  
PEDIATRICOS DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE  
PETROLEOS MEXICANOS"***

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:**

**PEDIATRIA MEDICA**

**PRESENTA  
DR. FRANCISCO TOMAS LOPEZ CABRERA**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**MEXICO, D.F.**

**FEBRERO 1997**



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.



HOSPITAL CENTRAL NORTE

PETROLEOS MEXICANOS

*[Handwritten signature]*

DR. ALFREDO JUAREZ CRUZ,  
JEFE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA  
HOSPITAL CENTRAL NORTE

*[Handwritten signature]*

SECRETARIA DE SERVICIOS  
EDUCACIONES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO  
14111

DR. FRANCISCO JAVIER ZAMORA GARCIA,  
JEFE DE ENSEÑANAZA E INVESTIGACION  
ASESOR DE TESIS  
HOSPITAL CENTRAL NORTE



## DEDICATORIA

*A mis padres y hermano:  
José Sebastián, María Elena y José Germán:  
quienes han hecho de mí lo que he logrado ser.*

*A mi esposa:  
Esthercita:  
quien ha llenado de amor el camino de mi vida.*

*A mis maestros,  
quienes han forjado mi profesión.*

*A las enfermeras pediatras del H. C. N. de  
PEMEX.  
gracias por enseñarme detalles en la residencia que  
serán trascendentales en mi actividad profesional.*

# I N D I C E

<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>33</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO 3</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO 4</b>	<b>45</b>

## " I N T R O D U C I Ó N "

Para evaluar y mejorar sus servicios, un hospital requiere conocer las opiniones no sólo de su personal médico, paramédico y administrativo, sino también las de sus pacientes. El conocimiento claro y periódico de las actitudes que los pacientes tienen respecto a la atención recibida es una necesidad crítica para las autoridades de un hospital, dadas las características del servicio brindado en el cual, a diferencia de otros servicios, el trato es muy personal y el papel del paciente es muy dependiente.

Uno de los aspectos de mayor importancia en el campo de la atención médica es identificar el grado de satisfacción que refieren los pacientes así como sus familiares. Un hospital que pretende alcanzar niveles elevados de excelencia deberá considerar este aspecto, además, de las opiniones y el grado de satisfacción laboral de su personal. El conocimiento permanente de las opiniones tanto de usuarios de la atención como de quienes la proporcionan, resulta de crucial importancia, para la administración de las unidades de atención médica, considerando que el servicio que se presta implica por definición un trato eminentemente personal. (1-4)

A pesar de los esfuerzos realizados hasta ahora, no ha sido posible encontrar una definición práctica y ampliamente aceptada de lo que es la calidad de atención médica que ayude a evitar o anular argumentos falsos para medirla. Determinarla haría la tarea de evaluar la calidad más racional, aunque quizás no más fácil. Sin embargo, al parecer los médicos aun no tienen esta definición. (5)

William G. Anderson, DO, delegado del American Osteopathic Association, observa que mientras los proveedores de atención a la salud continúan soslayando una definición de calidad, otros están listos para definirla:

*Los patrones definen la calidad en cuanto al valor monetario obtenido por la atención a la salud. Para los pacientes, calidad significa... sentirse mejor. Para los hospitales se alcanza calidad cuando el paciente se egresa a casa... antes que exceda el límite del acervo de diagnósticos relacionados con su enfermedad (D.F.G.) (Am Med News, Dec 12, 1956, p 24). (5)*

Así, algunos médicos declaran que no tenemos una definición y otros declaran que todo el mundo tiene una definición propia. El problema visto es que ninguna de las definiciones de calidad ofrecidas hasta ahora, sea aceptada en forma general. Algunas no satisfacen por dos razones asociadas. Primero, asumen que sabemos, quizás intuitivamente, lo que es la calidad de atención y así nunca tomarse tiempo para trabajar en la tarea previa necesaria para definir la calidad misma. Segundo, asumen que podemos medir la calidad de un objeto midiendo ciertas propiedades del objeto, creyendo equivocadamente que esa calidad consta de, o se define solamente por, un grupo de propiedades mensurables. (5)

## DEFINICIONES ACTUALES DE CALIDAD.

### **Definición por la American Medical Association (AMA).**

En junio de 1986 la Casa de Delegados del AMA en un informe del Concilio en Servicios Médicos que se tituló "Calidad de Atención", agrandó el alcance del informe que se había aprobado en 1984. La definición de atención de la calidad de 1984 fue: *atención "que consecuentemente contribuye a mejorar o mantener la calidad y/o duración de la vida."* (5)

En 1986 el informe mejoró esta definición por la adición de ocho elementos que, junto con el resultado, caracterizan la calidad de la atención. Estos ocho elementos no son ítems o eventos que puedan componer la atención médica, tales como un examen físico o una radiografía de tórax, son características de la atención misma. Estos ocho elementos se enuncian a continuación. La calidad de atención debe (1) producir mejoría óptima en la salud del paciente; (2) dar énfasis a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades; (3) ser proporcionada en una manera oportuna; (4) buscar para lograr la cooperación y participación del paciente en el proceso de atención y en las decisiones acerca de él; (5) estar basada en los principios aceptados de la ciencia médica; (6) ser proporcionada con sensibilidad y preocupación para el bienestar del paciente; (7) hacer uso eficaz de la tecnología; y (8) estar suficientemente documentada para permitir la continuidad y la evaluación de la atención. (5)

La AMA declara que estos ocho elementos, junto con un resultado favorable, son características de la calidad de atención. Dice que estos elementos "se pueden usar para identificar la atención de alta calidad" pero no dice lo que es la calidad de atención. El Concilio asume que cada elemento contribuye con un resultado bueno y que el resultado bueno es el elemento que conecta los otro ocho al mismo tiempo para alcanzar la calidad de atención. (5)

Se podría agregar un noveno elemento: la atención de alta calidad incluye la evaluación de las metas y los valores del paciente. (5)

### **Avedis Donabedian.**

Avedis Donabedian, MD, MPH, ha sido llamado el "Decano de la Evaluación de la Calidad." En su libro sobre la calidad de atención; *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, declara que *"es útil empezar con lo obvio diciendo que la calidad es una propiedad que la atención médica puede tener en grados variables."* Donabedian admite que no está seguro si *"calidad es un solo atributo, una clase de atributos funcionalmente relacionados, o una combinación heterogénea."* También declara que *"el grado de calidad es, la medida a la que la atención proporcionada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios."* Agrega costos a este equilibrio y llama este el *modelo unificador de la calidad de atención: beneficios menos riesgos y costos.* Se incluyen costos monetarios, pero esta inclusión es, por Donabedian, "en verdad problemática." Así para Donabedian, *"calidad incluye un equilibrio de beneficios sobre los daños, la eficacia, y los costos."* Quizás considere que estos elementos son lo mismo que calidad, pero nunca declara esto, y admite que "la identidad del atributo o atributos que constituyen la calidad no están del todo aclarados." (6)

Donabedian declara que es incorrecto asumir que la calidad es una propiedad; ya que *"la accesibilidad, continuidad y coordinación son atributos de la atención que influyen sobre su calidad pero quedan separados de ella"*. Define la *accesibilidad de atención médica* como *"la facilidad con la que se comienza y es mantenida"*. *"Continuidad significa falta de interrupción,"* y *coordinación es "el proceso por el que los elementos... de atención... son ajustados al mismo tiempo"*. Declara que estos atributos de la atención afectan la calidad pero no son la misma cosa. (6)

#### **David Rutstein.**

Rutstein y colaboradores describieron un método clínico para medir la calidad de atención. En el artículo declaran:

Calidad es el efecto de la atención en la salud del individuo. . . (y) se debe diferenciar de la eficacia de atención médica. La calidad se relaciona con el resultado y la eficacia esta relacionada con el proceso de atención. (7)

Afirman que la atención de la salud es la causa y que un cambio en la salud es el efecto, siendo el efecto la calidad. (7)

#### **Definición de Calidad por Grant E. Steffen.**

Calidad, como la mayoría de palabras, tiene varios sentidos. El American Heritage Dictionary incluye siete significados diferentes de calidad, dos de los cuales son de interés aquí. El primero define calidad como una característica inherente o distinguible o una propiedad y el segundo define calidad como "superioridad de una condición." A este primer sentido se le llama el "sentido metafísico" ya que refleja la tradición filosófica de usar "calidad" en el mismo sentido como "propiedad." Así, los filósofos hablan de calidades primarias como aquellas propiedades que un objeto posee independientemente de nuestras percepciones, por ejemplo, forma, movimiento, y número. Calidades secundarias son aquellas propiedades que dependen de nuestra percepción, por ejemplo; color, sabor, y sonido. Al segundo sentido de calidad se le llama el "sentido preferencial" ya que implica preferencia y valor. Así, se prefieren cosas que satisfacen nuestras necesidades, cumplen con nuestras expectativas, y alcanzan nuestras metas sobre aquellas cosas que no lo hacen. Esas cosas que se prefieren tienen calidad, algunas tienen más calidad que otras. Se debe distinguir este sentido preferencial del sentido metafísico. El fracaso en la observación de esta diferencia ha llevado, algunos a la confusión alrededor del uso del término de calidad. (5)

Entonces, ¿Qué, es calidad en este sentido preferencial? *"Calidad es esa palabra que usamos cuando se juzga que un objeto con ciertas propiedades ha alcanzado una meta."* Calidad, lo material, es la capacidad de un objeto con su propiedades de alcanzar una meta. Mientras más completamente se alcance la meta, más alto se juzgará la calidad. Calidad no es la propiedad (la calidad metafísica) o el objeto o la meta. (5)

Calidad es una palabra que implica preferencia. Preferimos un objeto o evento a otro porque las propiedades del objeto preferido le dieron la capacidad de satisfacer

4  
meta. Pero calidad no es la propiedad o el objeto o la meta. "Calidad es la capacidad del objeto de alcanzar una meta." Esta definición cambia el enfoque de calidad desde la propiedad a la capacidad de alcanzar una meta y así hacer de la meta el factor que determine la calidad. En seguida, puede medirse esa calidad sólo con referencia a una meta. (5)

#### **CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA.**

Esta definición de calidad como la capacidad de alcanzar metas se puede aplicar a cualquier actividad en la que alguien tenga valores y preferencias que determinen metas. En medicina se podrían desarrollar criterios diferentes para determinar la calidad de atención médica dependiendo de las metas del gobierno, compañías de seguro de la salud, administradores de hospitales, pacientes y sus familias, o del proveedor de atención a la salud. Para el médico y el paciente, calidad se puede definir como esa atención que tiene la capacidad de alcanzar las metas tanto del médico como del paciente. (5)

Uno puede declarar que todo lo dicho de las metas es innecesario y que la meta obvia de tanto el médico como el paciente es alcanzar el bienestar del paciente mismo. Ciertamente ésta es una meta, y probablemente la meta más importante. Pero hay otras metas. Las metas pueden reflejar ese aspecto de atención que ha sido variadamente llamado técnico o científico y normalmente se alcanza por la adecuada selección del médico de pruebas y terapias. Otras metas se refieren a los aspectos no técnicos o interpersonales de la atención, el arte de la medicina; estas metas normalmente no se alcanzan con pruebas o terapias sino con la atención de esos valores de los pacientes que los generaron. La distinción entre estos dos tipos de metas no es difícil pero sugiere la observación de que los médicos a menudo son los menos interesados sobre estas metas no técnicas que los pacientes. Entonces, el médico puede mejorar la calidad de atención ocupándose de estas metas no medicas. (5)

#### **¿CÓMO PUEDE SER EVALUADA LA CALIDAD DE ATENCIÓN?**

Antes se intentaba evaluar la calidad de la atención, ya sea en términos generales o en cualquier sitio o situación particular, es necesario llegar a un acuerdo sobre qué elementos la constituyen. Proceder a medir sin un fundamento firme de acuerdo a lo anterior en lo que consiste la calidad será un desastre. (8)

Cuando buscamos definir calidad, pronto nos damos cuenta del hecho de que varias formulaciones son posibles y legítimas, dependiendo de donde nos localizamos en el sistema de atención y sobre la naturaleza y magnitud de nuestras responsabilidades. Estas formulaciones varias, se pueden considerar como una progresión por ejemplo, como círculos sucesivos de un blanco. Nuestro poder, nuestra responsabilidad, y nuestra vulnerabilidad todo fluye del hecho de que somos el punto focal para ese grupo de círculos concéntricos. Se debe comenzar, por consiguiente, con la función de médicos y de otros proveedores de la atención a la salud. (8)

Como se muestra en la figura 1, hay dos elementos en la función de los proveedores: uno técnico y el otro interpersonal. La ejecución técnica depende del conocimiento y juicio usado para implementar las estrategias apropiadas de atención y en la habilidad de llevar a cabo esas estrategias. Se juzga el beneficio de la ejecución técnica en comparación con la mejor en llevarse a la práctica. La mejor en llevarse a la práctica, en cambio, ha ganado esa distinción porque, en promedio, se sabe o se creó que produce mayor mejoría en la salud. Esto significa que el beneficio de la atención técnica es proporcional a su habilidad esperada para alcanzar estas mejoras en el estado de salud que la ciencia y tecnología actuales de atención a la salud han hecho posible. Si la fracción realizable de lo que es alcanzable es llamada efectividad, la calidad de atención técnica se vuelve proporcional a su efectividad. (8)

Aquí, dos puntos merecen énfasis. Primero, los juicios sobre calidad técnica son dependientes del mejor conocimiento y de la mejor tecnología actual; y no pueden ir más allá de este límite. Segundo, el juicio se basa en expectativas futuras, no en eventos ya ocurridos. Aun cuando las consecuencias actuales de la atención en cualquier caso dado resultaran ser desastrosas, la calidad debe juzgarse como buena si la atención se dio a tiempo y conforme a la práctica que podía haberse esperado para alcanzar los mejores resultados. (8)

El manejo de la relación interpersonal es el segundo componente en la ejecución del proveedor. Es un elemento sumamente importante. Por el intercambio interpersonal el paciente comunica información necesaria para llegar a un diagnóstico, así como preferencias necesarias para seleccionar los métodos más apropiados de atención. Por este intercambio el médico proporciona información sobre la naturaleza de la enfermedad y su manejo y motiva al paciente a la colaboración activa de la atención. Claramente, el proceso interpersonal es el vehículo por el que se lleva a cabo la atención técnica y de la que depende su éxito. Por consiguiente, el manejo del proceso interpersonal estará a un grado mayor, hecho a la medida para el de éxito de la atención técnica. (8)

Pero la conducta del proceso interpersonal debe encontrar también expectativas individuales y sociales y normas, si éstos ayudan a alcanzar la ejecución técnica. La privacidad, la confidencialidad, la opción a ser informado, la preocupación, la empatía, la honestidad, el tacto, la sensibilidad (todas estas y más son virtudes que se espera tenga la relación interpersonal). (8)

La ciencia y arte de la atención a la salud, cuando se aplican a la atención técnica y al proceso del manejo interpersonal, quedan en el corazón del grupo de círculos concéntricos metafóricos de la figura 1. Inmediatamente alrededor del centro podemos poner las amenidades de atención, estos son los atributos deseables del escenario en el que se proporciona la atención, incluyen conveniencia, consuelo, tranquilidad, privacidad y así sucesivamente. En la práctica privada ésta es las responsabilidad del proveedor. En la práctica institucional la responsabilidad para proporcionarlas se transmite por los dueños y gerentes de la institución. (8)

Moviéndonos al próximo círculo lejos del centro de nuestro blanco metafórico, incluimos en las evaluaciones de calidad las contribuciones de atención de los pacientes mismos así como las de sus familiares. Así cruzamos un límite importante. Hasta ahora, nuestra preocupación era principalmente con la función del proveedor de atención. Ahora, nos concierne juzgar la atención como realmente es. La responsabilidad, ahora, se comparte por el proveedor y el consumidor. Como ya se describió, el manejo del proceso interpersonal por el proveedor influye en la aplicación de atención por y para el paciente. Todavía, el paciente y el familiar deben, ellos mismos; también llevar algo de responsabilidad para el éxito o el fracaso de la atención. Por consiguiente, se juzga al proveedor sin culpa en algunas situaciones en las que la atención, como se llevó a cabo por el paciente, se le encuentra ser inferior. (8)

Tenemos un círculo más para ver, otro impenetrable de cruzar. Ahora, nos concierne con la atención recibida por la comunidad en conjunto. Ahora debemos juzgar la distribución social del nivel de calidad en la comunidad. Éste depende, en cambio, sobre quien tiene mayor o menor acceso a la atención y quién, después de ganar acceso, recibe mayor o menor calidad de atención. Obviamente, la función de proveedores particulares y la atención institucional de la salud tienen muchos que hacer con esto. Pero, la calidad de atención en la comunidad se influencia también por muchos factores encima del que el proveedor no tiene ningún control, aunque éstos son factores que deben tratarse de entender e interesarse sobre ellos. (8)

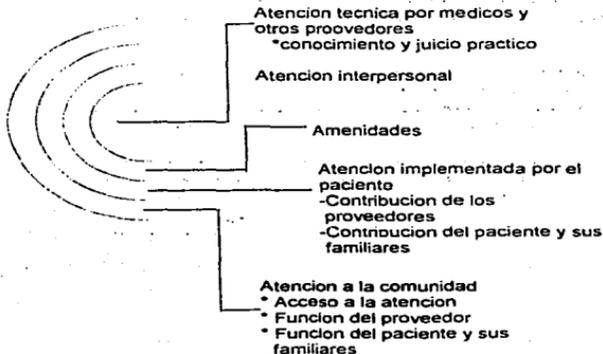


figura 1

La definición de calidad adquiere elementos agregados cuando movemos al exterior la función de los proveedores, la atención recibida por los pacientes, y la atención recibida por las comunidades. La definición de calidad también se vuelve más

estrecha o más extensa, dependiendo de cuanto estrechemos o amplíemos la definición del concepto de salud y nuestra responsabilidad por ella. Esto hace una diferencia en la evaluación de nuestra función si nos vemos como responsables para causar mejoras sólo en aspectos físicos o fisiológico específicos o si incluimos funciones psicológicas y sociales también. (8)

¿El costo monetario de la atención debe entrar en la definición de calidad y en su evaluación?. En teoría es posible separar la calidad de la ineficacia. La calidad técnica es juzgada por el grado al que se pueden esperar se logre mejoras alcanzables en salud. Ineficacia es juzgada por el grado al que se espera se alcance mejoras en salud de una manera innecesariamente costosa. En la práctica, la más baja calidad y la ineficacia coexisten porque la atención malgastada es o directamente dañina a la salud o es dañina por desplazar la atención más útil. (8)

La información de la que se pueden bosquejar inferencias sobre la calidad de atención deriva del concepto de calidad de atención médica del que se han identificado tres grandes componentes: "la estructura," "el proceso," y "el resultado." Estos componente se explican a continuación:

**Estructura.**— La estructura denota los atributos de las escenas en las que la atención ocurre. Ésta incluye los atributos de recursos materiales (tales como medios, equipo, y dinero), de recursos humanos (tales como el número y calidad del personal), y de estructura organizacional (tales como organización de los empleados médicos, métodos de revisiones de escrutinio, y métodos de retroalimentación). (5, 8)

**Proceso.**—El proceso denota qué es lo que realmente se hace para dar y recibir atención. Esto incluye las actividades de los paciente para buscar atención y llevarla acabo así como las actividades de los proveedores en la elaboración de un diagnóstico y recomendaciones o llevar a cabo un tratamiento. (5, 8)

**Resultado.**— El resultado denota los efectos de la atención sobre el estado de salud de los pacientes y las poblaciones. Las mejoras en el conocimiento del paciente y los cambios de salud en la conducta del paciente se incluyen bajo una definición amplia de estado de salud, y así es el grado de la satisfacción de los pacientes con la atención. (5, 8)

Estas tres partes se acercan a la evaluación de la calidad, es posible que solamente debido a la buena estructura incremente la probabilidad del proceso bueno, y el proceso bueno incremente la probabilidad de un resultado bueno. El conocimiento sobre la relación entre la estructura y el proceso (o entre la estructura y el resultado) procede de las ciencias organizacionales. Estas ciencias todavía son relativamente jóvenes, así nuestro conocimiento de los efectos de la estructura son bastante escaso. Además, lo que sabemos sugiere que la relación entre las características de la estructurales y el proceso de atención es bastante débil. De estas características podemos sólo inferir que estas condiciones son ya sea adversas o conducentes para una buena atención. No podemos afirmar que la atención, de hecho, ha sido buena o mala. Las características estructurales deben

ser una preocupación mayor en el diseño del sistema; son un instrumento bastante embotado en la evaluación de la calidad. (8)

Como una regla general; es mejor incluir en cualquier sistema de evaluación, elementos de estructura, proceso, y resultado. Esto permite substituir la debilidad en una aproximación por fuerzas en otra; ayuda a uno a interpretar los hallazgos; y si los hallazgos no parecen tener sentido, lleva a un plan razonable del estudio y un interrogatorio de la exactitud de los datos de ellos mismos. (8)

La satisfacción del paciente se considera como uno de los resultados de la atención, igual que un elemento en el estado de la salud mismo. Una expresión de satisfacción o descontento es también el juicio del paciente sobre la calidad de atención en todos sus aspectos, pero particularmente como preocupaciones del proceso interpersonal. Interrogando a los pacientes uno puede obtener información sobre la satisfacción global y también sobre la satisfacción con atributos específicos de la relación interpersonal, componentes específicos de la atención técnica, y los resultados de la atención. Haciéndolo así, se debe recordar que, a menos que se tomen precauciones especiales, los pacientes puede ser renuentes a revelar sus opiniones por miedo de enojar a sus médicos tratantes. Por consiguiente, aumentar la evidencia a mano, se puede buscar información también sobre conductas que indirectamente sugieran descontento. Éstas incluyen, además de quejas registradas, terminación prematura de la atención, otras formas de incumplimiento, terminación de la membresía en un plan de salud, y búsqueda de atención fuera del plan. (8)

Es fútil argumentar sobre la validez de la satisfacción del paciente como una medida de calidad. Cualquiera de sus fuerzas y limitaciones como indicadores de calidad, la información sobre la satisfacción del paciente debe ser indispensable para evaluar la calidad como para el plan y manejo de los sistemas de atención de la salud. (8)

Si uno quiere obtener una visión verdadera de la atención como se proporciona realmente, es necesario recurrir a una muestra proporcionalmente representativa de casos, usando ya sea un muestreo simple o estratificado al azar. (8)

Para medir la calidad, nuestros conceptos de lo que en qué consiste la calidad se deben traducir a representaciones más concretas que sean capaces de medir algunos grados (por lo menos en una escala ordinal. Estas representaciones son los criterios y normas de la estructura, proceso, y resultado. Idealmente, los criterios y normas se deben derivar, desde un fondo de conocimientos sensatos, científicamente validos. (8)

## **LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO UN INDICADOR DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.**

La satisfacción del paciente con la atención médica es quizás una de sus actitudes más comúnmente medidas, y el trabajo en este campo ha aumentado marcadamente en la década pasada. En este punto, no hay ningún acuerdo general

dentro de los profesionales de la medicina sobre el papel que la satisfacción puede jugar en la evaluación de la calidad de atención. No obstante, varios investigadores y políticos perciben que su papel es fundamental. Donabedian, por ejemplo, ha declarado que "alcanzando y produciendo salud y satisfacción, siendo definido por los miembros individuales de una sociedad en particular o subcultura, son los últimos que valoran la calidad de atención." (9)

Varios factores han estimulado la investigación en el área de la satisfacción del paciente. Los consumidores se vuelven cada vez más exigentes sobre el tipo de atención que reciben, los proveedores se vuelve más atentos a sus preocupaciones, y se ha intensificado la competencia de los proveedor para mejorar la salud de los pacientes. Al mismo tiempo, los científicos sociales se involucran más en la investigación de los servicios de salud, y ha aumentado el apoyo gubernamental para tales investigaciones. A pesar de este interés en la medida de la satisfacción del paciente; todavía no se ha estandarizado la evaluación metodológica y la literatura en este campo es grande y difusa. (9)

#### **La Calidad de Atención.**

Definir calidad de atención requiere una definición de los atributos de la atención proporcionada así como de criterios para que se constituya una buena atención. Aunque el manejo de la enfermedad requiere numerosos tipos de actividades, es posible dividir esas actividades en dos principales: la actividad técnica y la actividad interpersonal. Donabedian ha definido la atención técnica como "la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina, y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud." Los aspectos interpersonales de la atención envuelven los aspectos sociales psicológicos de la interacción médico paciente. Donabedian también ha referido un tercer elemento de atención: las "amenidades." (9)

Aunque la definición de lo que constituye la calidad técnica de atención es complicada, hay un cuerpo bien desarrollado de conocimientos en esta área. Lo que frecuentemente pasaba por alto, sin embargo, es que los pacientes pueden jugar un papel importante en la definición de lo que constituye la calidad de la atención para determinar los valores que se deben asociar con resultados diferentes. Es más difícil definir lo que constituye la calidad de atención interpersonal, pero en principio, deben encontrarse normas socialmente definidas para las maneras en que estos individuos deben interactuar reciprocamente. Sin embargo, también es importante considerar que la calidad de la interacción interpersonal afectaría la calidad de la atención técnica proporcionada. (9)

Donabedian ha descrito tres aproximaciones a la evaluación de la calidad: observación de la estructura, proceso, y resultado. La estructura se refiere a las características relativamente fijas del proveedor de atención, sus recursos, organización, y los escenarios físicos en el que trabaja. El proceso real de atención es el objeto primario de evaluar, pero el criterio de calidad se basa en que se sabe sobre las relaciones entre el proceso y las consecuencias del proceso para la salud y bienestar de individuos y sociedad. Se define la calidad del proceso de atención en términos de las normas de medicina científica y las ética y los valores de la

sociedad. El resultado se refiere a un cambio en la salud actual y futura de un paciente que se puede atribuir al antecedente de la atención a la salud. (9)

Muchos consideran a las medidas del resultado ser los indicadores más válidos de la calidad de atención, pero las evaluaciones, sobre todo aquellas de atención en el hospital, tienden a enfocarse en la estructura o en el proceso. Hay varias razones para poner más énfasis en la medida del resultado. La medida del resultado más comúnmente disponible, tal como la muerte, es usualmente demasiado poco útil para descubrir diferencias pequeñas en la atención y frecuentemente aparece mucho tiempo después que la utilidad de la atención. Además, las variaciones en la muerte y las complicaciones serias son usualmente explicadas en gran medida por diferencias en caso mezclados y otro factores no relacionados con el proceso de atención. (9)

Cada vez más, los investigadores preguntan a los pacientes para evaluar el resultado de su atención médica, pero la mayor parte de los estudios de satisfacción de pacientes enfocados en el resultado, se relacionan principalmente con la relación entre expectativas y lo que realmente ocurrió durante y después del episodio de atención. Es interesante que pocos estudios han examinado la satisfacción con resultados físicos, tal como reducciones en morbilidad o aumento en el funcionamiento. (9)

#### **La satisfacción del paciente.**

Pascoe define la satisfacción como una respuesta emocional de los usuarios de la atención médica, sobre aspectos sobresalientes relacionados con la atención recibida. En su formulación se asume que la satisfacción consta de una evaluación cognoscitiva y una reacción emocional a la estructura, proceso, y resultado de los servicios. Este tipo de evaluación difiere de los informes de pacientes sobre las características del objetivo de su atención. Por ejemplo, una pregunta para evaluar sobre la comunicación del médico puede preguntársele al paciente que tan satisfecho esta o estaba con la cantidad de información dada. Alternativamente, uno puede preguntar al paciente para informar si se le dijo sobre los efectos colaterales posibles de una droga. Unos investigadores refieren a tales evaluaciones como medidas de actitudes, creencias, o percepciones. Desgraciadamente, los investigadores han sido incoherentes en el uso de estos términos. (9)

Hay numerosas tipologías de satisfacción de pacientes o actitudes, pero las medidas disponibles evalúan sólo un número limitado de dimensiones de atención. La mayoría de estas medidas frecuentemente son los aspectos personales de atención, la calidad técnica de atención, accesibilidad y disponibilidad de atención; continuidad de atención, conveniencia del paciente, escenario físico, consideraciones financieras, y eficacia. Las evaluaciones de los pacientes de estos aspectos diferentes de la atención son a menudo fuertemente puestos en correlación. Por ejemplo, Ware y colegas encontraron que las medidas de los aspectos interpersonales y los aspectos técnicos de atención pueden afectar a una dimensión común de satisfacción. Como resultado de tales correlaciones, las subescalas específicas a menudo no hacen medidas confiables de las dimensiones separadas de atención, pero la evidencia acumulada apoya la premisa de muchos

investigadores que las dimensiones diferentes de la atención a la salud influyen en la satisfacción del paciente. (9)

Los investigadores a menudo no han diferenciado el tipo de medida de satisfacción; y frecuentemente sólo se usan medidas globales de satisfacción. Es importante tener presente que se considere cuales medidas de satisfacción pueden ser usadas para ayudar a evaluar la calidad de atención. Si una escala mide una dimensión específica de atención que se asume ser integral a la calidad de atención, entonces la medida de satisfacción proporcionaría información importante. Sin embargo, una medida global de satisfacción es probable que refleje numerosos rasgos de la atención recibida y no reflejaría necesariamente los aspectos que están más estrechamente relacionados con la calidad de atención. (9)

Hay también una distinción importante entre las escalas de satisfacción que se refieren a la atención en general y las que se refieren a hechos específicos de la atención. Por ejemplo, Ware y colegas usan subescalas que evalúan actitudes sobre la atención de la salud en general; tal como "Los doctores son cuidadosos en explicar lo que le espera al paciente." Un acercamiento a las alternativas es preguntar por un hecho específico de atención. Se ha argumentado que la medida de la atención médica en general refleja las evaluaciones de los pacientes de su propia atención. Sin embargo, varios estudios sugieren que las medidas generales y específicas de satisfacción del paciente rinden resultados diferentes, con medidas específicas se evalúa con más precisión los servicios que realmente recibieron. Por ejemplo, Pascoe y Attkisson formularon y probaron una medida específica llamada escala de evaluación jerárquica de clasificación y encontraron que, comparada con una medida global, proporcionó información más específica, fue más discriminativa y dio por resultado una escala significativamente más baja de satisfacción. Desgraciadamente, la medida de satisfacción normalmente ha precedido a una cuidadosa consideración del significado teórico o de las propiedades psicométricas de las medidas de satisfacción. Por consiguiente, frecuentemente es difícil sintetizar hallazgos empíricos o explicar resultados discrepantes. (9)

#### **Estructura.**

**La organización y la actividad financiera de la atención.** La manera en que se organiza y financia la atención también se ha mostrado estar relacionadas con la satisfacción del paciente. (9)

**Accesibilidad y continuidad de la atención.** Con pocas excepciones, los estudios de investigación de la satisfacción del paciente indican que este positivamente relacionado con la accesibilidad, disponibilidad, y conveniencia de la atención. Algunos estudios han encontrado esa accesibilidad es uno de los determinantes más importantes de la satisfacción del paciente, pero los resultados son incoherente con respecto a la importancia relativa de la accesibilidad. (9)

#### **Proceso.**

**Aspectos técnicos de la atención.** Muchos, si no la mayoría de los profesionales de la atención de la salud asumen que la calidad de la atención médica se determina principalmente por la competencia técnica del proveedor. Igual que una

evaluación estrecha de la calidad técnica, sin embargo, es complicado, y es especialmente difícil para los pacientes evaluar la atención. Varios estudios han encontrado que la competencia percibida se relaciona con la satisfacción del paciente; pero ha habido pocos estudios de que si la satisfacción esta relacionada con una evaluación independiente de ejecución técnica. Globalmente, la investigación indica que la satisfacción se ha relacionado con percepciones de habilidades técnicas, inteligencia, calificaciones, pero la percepción de habilidades interpersonal y de comunicación generalmente explican más de la variación en la satisfacción del paciente. (9)

**Aspectos interpersonales de la atención.** Como se indicó, un criterio para de la calidad de atención es que el manejo de los aspectos interpersonales de atención debe encontrar normas y valores socialmente definidos. Además, la comunicación exacta y completa entre un médico y un paciente es a menudo una condición necesaria para la provisión de atención técnica. Las recomendaciones del médico frecuentemente no se recuerdan o entienden, y como un resultado parcial de la comunicación pobre del paciente frecuentemente no sigue las recomendaciones. Finalmente, se deben tener en cuenta las preferencias de los pacientes cuando evalúan la conveniencia relativa de estrategias de tratamientos diferentes. (9)

El aspecto más frecuentemente estudiado de atención médico es la magnitud y exactitud de la comunicación médico paciente. Se ha demostrado que la satisfacción del paciente esta relacionada con los propios informes y evaluaciones independientes de la cantidad y la claridad de información dada, y así podría ser un marcador útil de la calidad de la comunicación médico paciente. (9)

#### **Resultado.**

Han habido pocos estudios sobre la magnitud a la que el resultado de la atención médica está relacionada con la satisfacción del paciente. Numerosos estudios han examinado la relación entre la satisfacción del paciente y las variables intermedias tales como la complacencia y el regreso por atención, pero pocos han examinado la relación entre el resultados de la salud y la satisfacción. Carmel y Fleming encontraron que la percepción de mejora en la salud era un pronosticador de la satisfacción del paciente, pero no se ha examinado este resultado extensivamente. Puesto que el resultado final de la atención médica es quizás el último criterio para la calidad de atención, es sorprendente que no hayan más estudios de este tipo. (9)

#### **Evaluación de la calidad.**

Hay varias razones para que los mismos informes de satisfacción sean útiles para evaluación de la calidad. El primero es el que puede considerar la satisfacción del paciente como una parte integral de la calidad de atención. Una razón práctica para ver la satisfacción como una parte integral de la atención de la calidad es que el diagnóstico y el tratamiento médico dependen, en gran medida, de la comunicación exacta del paciente y de la participación activa del paciente en el proceso de tratamiento. Debido a que se ha demostrado en numerosos estudios que la satisfacción del paciente esta relacionada con la comunicación médico paciente, la supervisión de la satisfacción ayudaría a identificar situaciones en las que la comunicación no es óptima. (9)

## MEDIDAS DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES.

Las tentativas para medir la satisfacción del paciente pueden ser indirectas o directas. En el método indirecto, periódicamente se inspecciona una muestra de la población general y de los pacientes de sistemas alternativos de atención de la salud. Este acercamiento evalúa la perspectiva de los consumidores sobre los proveedores de la atención de la salud en general y así estipular un período específico como marco de referencia (por ejemplo, los últimos 12 meses). Los resultados proporcionan una perspectiva que se interpreta respecto solo al tiempo o a medidas basadas en la población tales como el estado de la salud. El acercamiento directo es interrogar a los pacientes para evaluar su satisfacción con encuentros en particular con medios para la atención de la salud o con proveedores específicos. Se puede usar este método en programas continuos de mejoramiento de la calidad o programas de evaluación. (10)

Cada acercamiento hace uso de encuestas escritas que preguntan a los encuestados medir la atención de los servicios de salud y proveedores en varias dimensiones. Habría preguntas acerca de los medios, proveedores, tratamientos o resultados. El enfoque está en las percepciones del paciente más que en los factores asociados con el encuentro clínico. "¿Qué tanto tiempo empleó con su médico hoy?" es un ejemplo de una pregunta que se puede incorporar en un programa de seguridad de calidad. La pregunta pertinente en una inspección de la satisfacción del paciente que busque en cambio la impresión subjetiva del paciente: "¿Su doctor empleó bastante tiempo con usted hoy?".(10)

### Problemas de medida en los estudios de la satisfacción de los pacientes.

Ha habido considerable debate sobre la interpretación de estudios de la satisfacción de los pacientes. Desgraciadamente, es difícil interpretar y comparar los resultados a través de estudios debido a la metodología y variaciones de la medida. La mayor parte de los estudios han usado diseños correlacionales en lugar de experimentales y observacionales controlados. El análisis a menudo no es muy sofisticado: de los 221 estudios revisados por Hall y Dornan sólo el 14% manipuló las variables. (10)

Un problema más amplio es que la mayoría de estudios han usado medidas no estandarizadas: no se han conducido estudios de validez y fiabilidad, o si hay los resultados no son aceptables. Casi el 75% de los estudios revisados por Hall y Dornan usaron medidas no estandarizadas, la mayoría de investigadores diseñaron su propia encuesta para medir la satisfacción de pacientes. Sin medidas estandarizadas las comparaciones entre estudios es difícil. (10)

Más importante es que, las distribuciones de las escalas en estudios de la satisfacción de los pacientes son muy sesgadas. Sólo raramente los estudios muestran una tasa de satisfacción por debajo del 90%. Las medidas publicadas o estandarizadas son desarrolladas y evaluadas de manera que diferenciarán entre valores en este rango superior. Estas medidas a menudo han establecido normas que dan margen para interpretaciones más precisas de las cuentas. El uso continuo de medidas estandarizadas en un espectro más amplio de pacientes y poblaciones de proveedores aumentarán nuestro conocimiento sobre el rango de valores de la

satisfacción de pacientes y ayudarán a establecer normas más amplias para el análisis de subgrupos. (10)

#### **¿Predicen los valores de satisfacción la conducta del paciente?**

El interés para evaluar la satisfacción de los pacientes con la atención de la salud surgió con el movimiento de consumidores de los 60s. Después de los próximos 25 años los investigadores de los servicios de salud determinaron que la satisfacción y la insatisfacción de los pacientes se comporta diferente; este hallazgo ha establecido la utilidad de aprender qué sienten los consumidores sobre los servicios que reciben. No es sorprendente, que los pacientes satisfechos estén más gustosos de quedarse con un médico, mantener sus citas, cumplir con el tratamiento, referir otros pacientes a su médico y utilizar los servicios. Tales conductas en consecuencia de la satisfacción de los pacientes deben dar por resultado mejor atención médica y mejores resultados, pero sólo si la satisfacción se correlaciona principalmente con la atención de la salud de alta calidad técnica. Por otra parte, los pacientes quedarían con un médico avenido que proporcionaría atención inapropiado. (10)

#### **¿Pueden los pacientes proporcionar medidas válidas de la calidad de atención?**

La evaluación de la satisfacción en pacientes típicamente pregunta a los consumidores para evaluar la calidad técnica de la atención que reciben (por ejemplo; diagnóstico y manejo), los aspectos interpersonales de atención (por ejemplo; cortesía y respeto) y la accesibilidad y disponibilidad de servicios o profesionales. Las críticas a estas evaluaciones están, la mayor parte; dirigidas a la validez de las evaluaciones de los pacientes de las características técnicas de un encuentro médico. Nos inclinamos a aceptar la legitimidad de los juicios de los pacientes sobre las variables interpersonales y emisiones de accesibilidad y disponibilidad; estos juicios proporcionan información única subjetiva no por otra parte disponible. No obstante, las evaluaciones del consumidor de aspectos interpersonales de la atención parecen ser fiables y, a la magnitud que tales evaluaciones pueden ser estimadas y validadas. (10)

En cambio, la evaluación de aspectos técnicos ha sido tradicionalmente el dominio de profesionales. Algunos investigadores de los servicios de salud argumentan que las evaluaciones del consumidor de la atención técnica no se debe esperar correspondan con las evaluaciones del médico, debido a las perspectivas diferentes en el proceso de atención. Desde que las pautas y la normas habitualmente son desarrolladas por un grupo médico y no pueden reflejar actitudes públicas, los dos grupos podrían diferir en su evaluación de la calidad técnica. Sin embargo, por encuentros médicos comunes se ha demostrado que los consumidores y los médicos tienden a estar de acuerdo. (10)

Las evaluaciones del consumidor de los aspectos interpersonales de la atención aparecen moderadamente en correlación con aquellos de la calidad técnica. Así, la manera interpersonal de un médico cuando dirige sus intereses médicos comunes (por ejemplo, dolor de garganta) puede influir en la evaluación de un paciente de los aspectos técnicos de la atención. Si las buenas habilidades interpersonales y

técnicas son verdaderas, se encontrarán en el mismo proveedor y no hay ninguna razón para preocuparse. Si ningún paciente puede valorar la calidad técnica de atención porque a ellos les gusta la manera de su médico. Sin investigaciones posteriores no sabremos si esta correlación constituye un sesgo en las evaluaciones del consumidor. Por ahora, las evaluaciones se interpretan mejor con datos de programas de evaluación de la calidad, en los que los modelos de la práctica se miden contra estándares técnicos de atención. (10)

#### **Características de la práctica y la satisfacción del paciente.**

A lo largo del examen de la atención de la salud se le ha inconstantemente relacionada con la satisfacción del paciente con el médico y equipo de la atención de la salud. La continuidad de la atención (por ejemplo, el paciente tiene una fuente regular de atención y ve al mismo proveedor) aparece con mejor correlación con la satisfacción del paciente, aunque algunos estudios no han encontrado esta asociación. La satisfacción del paciente también se influye por el tipo y número de pruebas de diagnóstico y procedimientos. Davies y Ware concluyen que la influencia no es suficientemente grande para invalidar evaluaciones del consumidor, pero sugerimos que este factor se considere en la interpretación de los datos de la satisfacción de los pacientes. Los últimos estudios han encontrado que una comunicación clara en la forma de explicaciones adecuadas y comprensivas esta directamente relacionada con un aumento en la satisfacción del paciente. (10)

#### **Pautas para el uso de las evaluaciones de la satisfacción de los pacientes en la práctica clínica.**

Se requiere de los diseños más sofisticados de investigación y de mayor uso de medidas estandarizadas para clarificar si los pacientes proporcionan evaluaciones válidas de calidad de atención. Sin embargo, hay evidencia suficiente para indicar que bajo condiciones particulares las evaluaciones de la satisfacción de los pacientes son útiles y válidas. (10)

#### **Medidas estandarizadas.**

Un problema común en la medida de las evaluaciones de la satisfacción de los pacientes es la uniformidad de las respuestas favorables. Las medidas estandarizadas con conocimiento de las características de ejecución ayudan a discernir diferencias en estos datos positivamente sesgados. Probablemente es preferible usar evaluaciones escritas, puesto que la administración de encuestas orales rinde los valores más altos de satisfacción; sin embargo, las medidas administradas oralmente son legítimamente útiles (ej., The Evaluation Ranking Scale). (10)

Para neutralizar esta selección de sesgo positivo en evaluaciones de la satisfacción en escenarios de atención continua (por ejemplo, medicina familiar, medicina general y pediatras generales) se puede trazar una sección cruzada de pacientes de manera que la información se reciba de pacientes que tiene varios niveles de exposición al médico o a la institución. Esto también puede tener valor mientras tiene entrevistas con aquellos que dejan la práctica. Si el escenario es uno de

atención episódica (por ejemplo, consultas de especialidad por problemas de manejo específicos o procedimientos), entonces en lugar de que los pacientes sean tomados de una muestra seccionalmente cruzada deben ser tomados de una muestra cuando la atención se complete. Desgraciadamente, algunos sesgos pueden ser introducidos con episodios más prolongados de atención. (10)

Los pacientes que dejan la práctica se les puede interrogar para completar una encuesta de la satisfacción del paciente, si, por ejemplo, piden que su expediente se reenvíe a otro médico o institución. Se le daría idealmente al paciente la encuesta, desde que los estudios se mandan por correo tiene baja frecuencia de respuestas (30% a 35%) y se sesgan positivamente, en que la mayoría que esté satisfecha probablemente también devuelva la encuesta. (10)

#### **Escalas y otros indicadores de atención.**

La satisfacción informada puede ser una parte integral del programa de evaluación o de la calidad de manejo continuo, dirigiendo varias facetas de la estructura, proceso y resultado de la atención clínica. Usando medidas estandarizadas, los medios de atención a la salud y los proveedores deben poder establecer los niveles de satisfacción de sus pacientes, la supervisión de las fluctuaciones de los niveles deseables y la vinculación de esas fluctuaciones con otros indicadores de la calidad de atención. La información de la satisfacción del paciente debe emplearse en un sistema comprensivo de retroalimentación que no solamente obtenga escalas iniciales sino también remuestreo sistemático para asegurar que se han mejorado áreas de interés. (10)

La perspectiva del consumidor proporciona información única que es esencial para una evaluación completa y equilibrada de la calidad de atención. Las medidas directas de satisfacción se dirigen a emisiones específicas para una práctica particular, los servicios o proveedores y ser por consiguiente un componente importante de programas de evaluación de la calidad. Los estudios de satisfacción inspeccionan también habilidades del paciente para expresar sus preocupaciones legítimas e inconvenientes necesarios -un proceso que, por sí mismo, puede ser positivo. (10)

El mejor uso de evaluaciones de la satisfacción del paciente es examinar tendencias y fluctuaciones que asistirá en la planeación, evaluación y mejora del servicio de la salud. Las escalas altas alcanzadas en la satisfacción del paciente que se miden una sola vez, son una trampa común. Un acercamiento sistemático involucra una medida cuidadosa, interpretación de los resultados en conjunción con otro datos y continuar supervisando ya sea para asegurarse del mantenimiento de la alta función o hacer cambios apropiados en áreas de preocupación. (10)

#### **LA SATISFACCION CON LA CALIDAD DE ATENCION EN PEDIATRIA.**

Determinar el grado de satisfacción que experimentan los niños cuando requieren de cuidados médicos es necesaria pero difícil de evaluar (3, 18), sobre todo cuando el niño es lactante o preescolar; en estos casos la satisfacción de los familiares responsables ofrece la única posibilidad de evaluar este aspecto. (2, 12, 20-22, 26)

Una de las más importantes medidas del resultado es la satisfacción obtenida por los pacientes o sus familiares con la atención médica que reciben. (21)

Cuando un niño esta enfermo, se deben abordarse tanto al paciente como al familiar por ser los principales protagonistas de un conflicto o crisis en sus vidas. Por consiguiente las aportaciones que hagan estos miembros de la familia en cuanto al manejo del paciente, serán influenciadas por la capacidad de control de sus propios estados de animo. Conceptualmente, se define un evento de crisis, como una amenaza que tiende a romper el equilibrio de la familia, y que requiere de respuestas que hacen necesaria la movilización de recursos económicos previamente sin utilizar, competencia psicológica y habilidades sociales; y demanda que se desarrollen transacciones nuevas, temporales o permanentes. Antes del evento de crisis, la familia estaba a unos grados de equilibrio; la enfermedad de un miembro familiar precipita el desequilibrio dentro de la familia. Caplan describe a esta crisis como "un desequilibrio entre la dificultad e importancia del problema y los recursos inmediatamente disponible para tratarlo." La percepción de la familia del evento de crisis, los sistemas de apoyo disponibles, sus mecanismos de defensa pasados y actuales afectarán su habilidad para resolver la crisis. Idealmente, la familia desarrolla estrategias de nuevas defensas y le dará un nivel más alto de funcionamiento después de la crisis. Aunque es poco realista tratar todos los aspectos de la familia, el estrés asociado con la enfermedad del paciente, puede reducirse significativamente si se proporciona intervención apropiada. Ese estrés fue identificado por Hodovanic et. al. como preocupaciones financieras, problemas de transportación al hospital, miedo por perder al familiar, y un tumulto de emociones mientras se atiende u hospitaliza el miembro familiar. Gardner y Stewart indicaron que el fracaso de la atención médica apropiada, actúa recíprocamente con el paciente y los familiares, elevando la ansiedad y el miedo de la familia, así como la equivocación, la desconfianza, la hostilidad, y el fracaso para obtener información sobre el paciente, incluso se crean conflictos. (2)

En la comunidad médica se ha advertido una creciente preocupación por conocer, las opiniones de los pacientes y sus familiares acerca del grado de satisfacción con los servicios, que se han hecho más manifiestas a partir de los años setenta como consecuencia del interés y apoyo de diferentes gobiernos, la influencia de científicos sociales, el enfoque de la salud como un determinante de la calidad de vida y la competencia en el mercado de la atención a la salud. Sin embargo, la información disponible a la fecha es controvertida debido a la ausencia de una definición apropiada y uniforme de lo que es satisfacción y a las diferencias en cuanto a la naturaleza y número de medidas agrupadas bajo el término de satisfacción, los instrumentos de medición utilizados y los grupos de población estudiados. (2, 4, 11-13)

En los primeros años de dicha década, Reeder describe la importancia de la relación médico paciente dentro de la sociedad y las modificaciones que esta relación ha presentado, como consecuencia de cambios sociológicos de la sociedad norteamericana; así mismo, Lebow en 1974 en una revisión de la literatura médica que abordaba la satisfacción, identifica un escaso consenso entre los diferentes autores tanto en lo que se refiere a la definición de satisfacción como en los instrumentos utilizados para medirla. (14) Diversos estudios en los años siguientes,

demuestran altos grados de satisfacción de los pacientes, tanto en unidades médicas donde se proporciona una práctica médica general, como en centros especializados (1, 11, 15 - 17)

Otro tipo de investigación se dirigió a cuantificar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes adultos (2, 12, 14, 18); así como de pacientes pediátricos (13, 19-23); en estos estudios se identificó un alto grado de satisfacción con la atención recibida por los pacientes de acuerdo a la percepción de los familiares. Ha sido frecuente observar un grado similar o mayor de satisfacción entre los familiares que entre los propios pacientes. (12, 18-21)

En México se cuenta con información acerca del grado de satisfacción de los pacientes en un hospital de tercer nivel dedicada a la atención de población adulta. (1) Existen también, un estudio en México, del grado de satisfacción expresado por familiares de pacientes pediátricos, en el Hospital de Pediatría del C. M. N. Siglo XXI, del I. M. S. S., en el que se reporta un elevado grado de satisfacción (mayor del 90 %). La población en la que se basaron estos estudios correspondió a niños con enfermedades crónicas graves, frecuentemente neoplasias, atendidos en un hospital de tercer nivel de atención y que han recibido atención médica por tiempo prolongado. Los familiares se mostraron satisfechos en el 75 % de los casos. En general, se expresaron mayores grados de satisfacción hacia el personal médico, personal de apoyo y personal del servicio de foráneos. Los grupos hacia los que se identificaron los menores grados de satisfacción fueron los auxiliares clínicos y el personal de trabajo social. Los aspectos específicos de la atención en que los familiares se mostraron con mayores índices de insatisfacción fueron: la información proporcionada en forma insuficiente de los procedimientos realizados por el personal del laboratorio, de la enfermedad por parte del pediatra y de la dieta; el tiempo prolongado para ingresar a hospitalización y la falta de limpieza de algunas instalaciones. (24)

Se ha descrito que en niños con enfermedades oncológicas, así como en aquellos que han requerido de intervenciones quirúrgicas mayores, los índices de satisfacción relacionados a procedimientos específicos como la presencia de catéteres y vía de administración de medicamentos, han mostrado ser altos (80 a 90 %), ya sea que hayan sido expresados tanto por los pacientes o por sus familiares. (19, 21) Así mismo se ha demostrado que la satisfacción con la información clínica que se le proporciona a los familiares depende del tipo de pacientes participantes. Así, en un estudio de la satisfacción con la forma en que se le proporcionó la información clínica a los familiares de niños con enfermedades terminales, se identificaron grados moderados de satisfacción (44 a 73 %) para los diferentes tipos de información. (22) En cambio, otro estudio, llevado a cabo en el mismo país, mostró que los grados de satisfacción relacionados con la información clínica proporcionada a 509 familiares de niños con diabetes mellitus fue del 90 %. (20)

La satisfacción del usuario debe ser evaluada no sólo en el área de hospitalización, sino también en las de terapia intensiva, quirófanos, urgencias y en consulta externa, sitios en los que el contacto de familiares y pacientes con el personal de salud se realiza con mayor frecuencia, es de intensidad variable y con diferentes grados de estrés. (25)

Se realizó una evaluación de la satisfacción de los familiares de los niños enfermos que asisten al área de consulta externa del Hospital de Pediatría del C. M. N. Siglo XXI, del I. M. S. S., que reveló un elevado grado de satisfacción mayor del 90 %. Se lograron identificar fallas en la puntualidad para otorgar la consulta y para la toma de productos biológicos; en el trato de la trabajadora social y del personal de vigilancia y en la información brindada por el médico en relación con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. (25)

El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de satisfacción del padre y/o la madre con la atención médica que recibieron sus hijos(as) hospitalizados, y los que acudieron a los servicios de urgencias y de la consulta externa, del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Debido a que no se conoce con precisión el grado de satisfacción con la atención médica recibida, de los pacientes del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, se ha considerado de suma importancia identificar a esa proporción de pacientes y familiares que se muestran insatisfechos. Identificar a estos grupos insatisfechos, permitirá dirigir los esfuerzos para conocer las causas específicas de esa insatisfacción, con la finalidad de dar soluciones a través de los cambios de conducta de los prestadores de salud, y además de corregir otras deficiencias que coadyuvan a la inadecuada atención médica de quienes solicitan ayuda. La difusión al personal de salud de los resultados que se obtengan será de vital importancia con el objetivo de retroalimentar al sistema; pretendiendo con esto mejorar algunos aspectos relacionados con la calidad de la atención que esta institución proporciona.

El conocimiento de las opiniones de los pacientes proporciona una guía para decidir si los servicios pueden ser modificados; de ser así, se determinará dónde y cómo. Queda implícito que el grado de utilidad de este conocimiento depende del valor que las autoridades de una institución otorguen a las opiniones de los pacientes y familiares. En tal caso el aspecto clave no es el valor relativo otorgado a las opiniones de los pacientes y de las del personal, sino la conciliación entre ambas, lo cual deriva en la formulación e implementación de reformas específicas.

Los objetivos del estudio se dirigieron a identificar la frecuencia de satisfacción global de los familiares (padre y/o madre) con la atención médica proporcionada a sus hijos(as) que se encontraron hospitalizados y de los que acudieron a los servicios de urgencias y de la consulta externa, así como identificar la frecuencia de satisfacción con cada uno de los grupos de personal que participaron en la atención de los pacientes e identificar los aspectos específicos de la atención en los que se presentó la mayor frecuencia de satisfacción e insatisfacción.

## "MATERIAL Y METODOS"

Según el problema y los objetivos planteados, se realizó un estudio PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, COMPARATIVO y OBSERVACIONAL ya que la información se recogió según fue ocurriendo el fenómeno; las variables fueron estudiadas simultáneamente y medidas en una sola ocasión en un determinado momento; estuvo dirigido a determinar la situación de las variables de tres poblaciones; y se describió y midió el fenómeno observado.

El universo de estudio fueron el padre y/o la madre de la población pediátrica de 1 mes a 14 años 6 meses que recibió atención en el Hospital Central Norte y que se encontró hospitalizada o que acudió a los servicios de consulta externa y urgencias. Se tomó como muestra al padre y/o la madre de los pacientes pediátricos hospitalizados o que acudieron a los servicios de consulta externa o urgencias del Hospital Central Norte.

Se incluyeron en el estudio a todos los padres y/o madres de los pacientes pediátricos hospitalizados o que recibieron atención en los servicios de consulta externa o urgencias del Hospital Central Norte. Se excluyó del estudio la población no derechohabiente al Servicio Médico del Hospital Central Norte de PEMEX.

Las principales variables estudiadas según el problema y los objetivos fueron: el grado de satisfacción con la atención médica y su relación con los grupos de personal de salud: médicos, enfermeras, auxiliares clínicos, personal de trabajo social y personal de apoyo.

Para la definición operacional del grado de satisfacción de cada uno de los familiares con la atención médica recibida se tomó en cuenta dos criterios. En primer lugar, se consideró la respuesta del familiar a la pregunta que exploró directamente su grado de satisfacción. En segundo lugar, se consideró al familiar como satisfecho cuando la frecuencia de respuestas positivas a las preguntas realizadas, expresó satisfacción en más del 75 % de las mismas: Índice Calculado de Satisfacción (ICS). Como un método más de validación de las preguntas dirigidas a evaluar la satisfacción en aspectos específicos de la atención, se estimó el grado de asociación de éstas con el grado de satisfacción global obtenido por medio del Índice Calculado de Satisfacción.

En la definición operacional de las variables se consideraron las siguientes definiciones de los grupos involucrados con la atención de los pacientes:

1. El grupo médico se refirió tanto a los médicos tratantes adscritos, así como a los médicos residentes de la especialidad de pediatría.
2. El grupo de enfermeras estuvo integrado por el personal de enfermería del servicio de pediatría del quinto piso del hospital, de la consulta externa de pediatría y del servicio de urgencias.
3. El grupo de auxiliares clínicos fue constituido por el personal de dietología, rayos X, laboratorio clínico y de neurofisiología.
4. El personal de trabajo social se conformó por las trabajadoras sociales del servicio de pediatría del quinto piso del hospital, de la consulta externa de pediatría y del servicio de urgencias.
5. El personal de apoyo estuvo integrado por el personal de camilleros, intendencia, foráneos, transporte y vigilancia.

Se realizó una encuesta comparativa a través de un cuestionario por el investigador del 1° de Noviembre de 1996 al 31 de Enero de 1997. La entrevista a los familiares ocurrió hacia el final de la estancia en hospitalización o al momento del egreso del paciente; en los pacientes que acudieron a la consulta externa o urgencias se realizó al terminar de recibir la atención médica y después de haber efectuado tramites de citas a servicios paraclínicos. La selección de familiares entrevistados fue aleatoria y bajo aceptación voluntaria de la encuesta.

Se aplicó un cuestionario de 50 preguntas para los familiares de pacientes hospitalizados y de 24 para los familiares que acuden a los servicios de consulta externa o urgencias (Anexos 1 y 2). Para la elaboración de estos cuestionarios se utilizó el formato de la encuesta elaborada por el Comité de Evaluación de la Calidad y Eficacia de la Atención Médica del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI (21, 22), el cual se modificó de acuerdo a las características del sistema de salud del servicio médico del Hospital Central Norte de PEMEX.

Los cuestionarios fueron de tipo autoaplicable, anónimos, con formato de preguntas con respuestas cerradas estructuradas de acuerdo a una escala nominal u ordinal, con dos a cinco opciones de respuesta, en el que se incluyeron algunos datos del familiar que respondió el cuestionario como la edad, sexo, escolaridad y ocupación. Las preguntas formuladas estuvieron dirigidas a evaluar la satisfacción del familiar con los diferentes grupos de personal de salud: médicos, enfermeras, auxiliares clínicos, personal de trabajo social y personal de apoyo.

El contenido del cuestionario se dividió en: a) exploración de la satisfacción global mediante la última pregunta del cuestionario, en la que explícitamente se le solicitó

al familiar que expusiera si estaba o no satisfecho con la atención médica que se le había proporcionado a su paciente, y b) exploración de la satisfacción con aspectos específicos de la atención, mediante preguntas que incluyeron:

1. Para el grupo médico, si el familiar conoció al médico adscrito o tratante y a los médicos residentes, si se le explicó sobre la enfermedad y el estado de salud de su hijo(a) y de qué manera se sintió tratado por este personal.
2. Para el grupo de enfermería, si las enfermeras acudieron con prontitud a su llamado, si tuvieron problemas con la aplicación de medicamentos o toma de muestras de laboratorio, si no tuvo problemas con este personal y de qué manera se sintió tratado por este personal.
3. Para el grupo de auxiliares clínicos, si se le explicó al familiar o al paciente acerca de la dieta, si conoció a la dietista, si durante la toma de muestras de laboratorio se le explicó el procedimiento y si hubo cortesía del personal paraclínico.
4. Para el personal de trabajo social, si recibió orientación por parte de la trabajadora social, el trato recibido por este personal, si ocurrieron problemas para el internamiento, si recibió ayuda y que trato se le proporcionó en orientación y quejas y si se presentaron dificultades en el trámite de citas o el alta.
5. Para el personal de apoyo, se preguntó si el personal de vigilancia respondió con cortesía; si recibió información suficiente y adecuada en el servicio de foráneos, qué trato se le dio y si el pago de viáticos fue oportuno; si se presentaron dificultades por la ambulancia; y finalmente se le pidió al familiar que evaluara la limpieza de las instalaciones, y el trato por el personal de intendencia.

Se utilizó para el plan de manejo estadístico, medidas descriptivas tales como porcentajes. Para el cruce de variables se utilizaron tablas de contingencia de  $2 \times 2$ . Se estimó el intervalo de confianza del 95 % para la prevalencia obtenida de satisfacción global, mediante la fórmula para proporciones. La significancia estadística de la comparación de la frecuencia de satisfacción entre los grupos de personal de salud y de los servicios analizados, se evaluó mediante el empleo de la fórmula de chi cuadrada. El nivel de significancia estadística se fijó en 0,05 bimarginal. Se utilizó el programa Microsoft Epi-Info 6.02 para el análisis estadístico en una computadora personal.

## “R E S U L T A D O S”

Se aplicaron un total de 626 encuestas a familiares de pacientes pediátricos; 139 en el área de hospitalización (22.2%), 308 en el área de consulta externa (49.2%) y 179 en el área de urgencias (28.6%). (anexos 3, tabla 1)

### I.- Características de los familiares encuestados:

El grupo de edad predominante observado en las 3 áreas de estudio fue de los 31 y 40 años de edad con 71 personas encuestadas (51.1%) en hospitalización, 156 (50.6%) en la consulta externa y 70 (39.1%) en urgencias. Se aplicó la encuesta con mayor frecuencia a las madres en las 3 áreas ; 121 (87.0%) en hospitalización, 261 (84.8%) en la consulta externa y 140 (78.3%) en urgencias. El grado de escolaridad que más frecuente se observó en las 3 áreas fue de técnico y licenciatura 35 (25.2%) en hospitalización, 86 (27.8%) en la consulta externa y 39 (23.8%) en urgencias. La ocupación predominante también en las 3 áreas fue la de ama de casa; 84 (60.5%) en hospitalización, 201 (65.3%) en la consulta externa y 121 (67.4%) en urgencias. (anexos 3, tabla 1)

### II.- Frecuencia de satisfacción global:

#### 1.- En el área de hospitalización se observó como sigue:

- a) La frecuencia de satisfacción cuando únicamente se tomó en cuenta la respuesta de los de los familiares a la pregunta de satisfacción global del cuestionario, el 87.0% (121 familiares) se mostraron satisfechos con los servicios que les fueron proporcionados en el área de hospitalización. El 77.0% (238 familiares) mostraron satisfacción con los servicios brindados en la consulta externa. Y el 63.0% (113 familiares) se mostraron satisfechos con los servicios que les fueron proporcionados en urgencias. (anexos 3, tabla 2)
- b) La frecuencia de satisfacción global obtenida con el índice de satisfacción (ICS), que se refirió el número de familiares satisfechos cuando respondieron con satisfacción en más del 75% de las 50 preguntas elaboradas en el cuestionario fue de 112 (80.6%) ( $\chi^2=21.55$ ,  $P=0.000003$ ) en el área de hospitalización. En el área de consulta externa fueron 189 (61.4%) ( $\chi^2=22.13$ ,  $P=0.000002$ ). Y en el servicio de urgencias se identificaron 101 (56.4%) ( $\chi^2=29.01$ ,  $P=0.0000001$ ). (anexos 3, tabla 2)

### III.- Frecuencia de satisfacción con los grupos de servicio:

La frecuencia de satisfacción con los diferentes grupos de atención que participaron en la atención del paciente; en cada una de las áreas de estudio y en orden de frecuencia es la siguiente:

1. En hospitalización los familiares mostraron mayores índices de satisfacción con el grupo de enfermeras 86.6%, con el grupo médico 81.1%, con el personal de apoyo 76.9%, con los auxiliares clínicos 60.8% y con el personal de trabajo social 48.2%. (anexos 3, tabla 3)
2. En el área de la consulta externa los familiares mostraron mayores índices de satisfacción con el grupo de enfermeras 67.1%, con el grupo médico 65.8%, con el personal de trabajo social 65.4%, con los auxiliares clínicos 60.7% y con el personal de apoyo 60.1%.(anexos 3, tabla 3)
3. En el servicio de urgencias los familiares mostraron mayores índices de satisfacción con el grupo de médicos 58.3%, con el grupo de enfermería 57.6%, con el personal de apoyo 57.0%, con los auxiliares clínicos 54.1% y con el personal de trabajo social 53.7%.(anexos 3, tabla 3)

#### IV.- Aspectos de la atención con mayores grados de satisfacción:

Los aspectos específicos asociados con mayor grado de satisfacción por área estudiada y por orden de frecuencia se describen en seguida.

- 1.- En el área de hospitalización (anexos 3, tabla 4):
  - a) En el grupo médico, los familiares de los pacientes manifiestan conocer al pediatra (97.8%), recibieron una explicación clara de la enfermedad por parte de los médicos (96.4%) ( $\chi^2=11.13$ ,  $P=0.02$ ) e información médica del estado de salud de su hijo(a) (95.7%), un buen trato por los médicos adscritos (93.5%) ( $\chi^2=13.4$ ,  $P=0.009$ ) y de los residentes (91.3%) ( $\chi^2=12.42$ ,  $P=0.002$ ).
  - b) En lo que se refiere a enfermería; los familiares manifestaron no haber tenido problemas con la aplicación de medicamentos por las enfermeras (93.5%) ( $\chi^2=8.73$ ,  $P=0.03$ ), un buen trato (92.8%) ( $\chi^2=3.38$ ,  $P=0.06$ ) y no tuvieron problemas con la enfermera (91.3%).
  - c) En cuanto a los auxiliares clínicos, se mostraron satisfechos con la cantidad (97.8%) y temperatura (82.7%) de los alimentos proporcionados ( $\chi^2=7.02$ ,  $P=0.008$ ), la satisfacción con el trato del personal técnico de radiología (68.5%) y de laboratorio (60.5%).
  - d) Con relación al personal de trabajo social los familiares manifestaron no haber tenido problemas para el alta del paciente (96.4%) ( $\chi^2=11.13$ ,  $P=0.0008$ ), satisfacción con el tiempo de espera en caso de ingresar por la consulta externa (72.6%) y haber conocido a la trabajadora social de piso (71.9%).

- e) Respecto al personal de apoyo se mostraron satisfechos con la actuación del personal de camillas (92.0%), así como con las facilidades (82.7%) y trato (78.4%) proporcionados por el personal de vigilancia.

## 2.- En el área de la consulta externa (anexos 3, tabla 5):

- a) En el grupo médico, los familiares de los pacientes manifiestan que recibieron una explicación clara del tratamiento de su hijo(a) (91.2%) ( $\chi^2=38.16$ ,  $P<0.00000001$ ) y de la enfermedad del paciente por parte de los médicos (83.4%) ( $\chi^2=96.8$ ,  $P<0.00000001$ ), y un buen trato por los médicos (77.2%) ( $\chi^2=55.95$ ,  $P<0.00000001$ ).
- b) En lo que se refiere a enfermería, los familiares manifestaron un buen trato por parte de ellas (67.0%).
- c) En cuanto a los auxiliares clínicos, se mostraron satisfechos con el trato del personal de laboratorio (84.0%) y con el trato del personal de neurofisiología (77.7%) ( $\chi^2=43.7$ ,  $P<0.00000001$ ).
- d) Con relación al personal de trabajo social los familiares manifestaron satisfacción con las citas otorgadas en el laboratorio de análisis clínico (84.0%) ( $\chi^2=21.9$ ,  $P<0.000002$ ) y en la consulta externa (74.6%) ( $\chi^2=6.6$ ,  $P=0.01$ ).
- e) Respecto al personal de apoyo se mostraron satisfechos con la limpieza de las instalaciones (62.0%) ( $\chi^2=32.58$ ,  $P<0.00000001$ ).

## 3.- En el servicio de urgencias (anexos 3, tabla 6):

- a) En el grupo médico, los familiares de los pacientes manifiestan que recibieron una explicación clara del tratamiento de su hijo(a) (83.7%) ( $\chi^2=6.6$ ,  $P=0.01$ ) y de la enfermedad del paciente por parte de los médicos (76.0%) ( $\chi^2=16.2$ ,  $P=0.00005$ ), un buen trato por los médicos (71.7%).
- b) En lo que se refiere a enfermería, los familiares manifestaron un buen trato por parte de ellas (60.8%) ( $\chi^2=17.44$ ,  $P=0.00002$ ).
- c) En cuanto a los auxiliares clínicos, se mostraron satisfechos con el trato del personal de radiología (76.5%) ( $\chi^2=5.38$ ,  $P=0.02$ ).
- d) Con relación al personal de trabajo social los familiares manifestaron satisfacción con las citas otorgadas en el laboratorio de análisis clínico (77.7%) ( $\chi^2=32.3$ ,  $P<0.00000001$ ) y en radiología (64.8%) ( $\chi^2=68.13$ ,  $P<0.00000001$ ).
- e) Respecto al personal de apoyo se mostraron satisfechos con la actuación del personal de camillas (86.6%).

V.- Aspectos de la atención con mayores grados de insatisfacción:

Los aspectos específicos asociados con mayor grado de insatisfacción por área estudiada y por orden de frecuencia se describen a continuación.

1.- En el área de hospitalización (anexos 3, tabla 4):

- a) En lo que concierne al grupo médico; no supieron el nombre del médico residente (74.1%), no supieron el nombre del médico adscrito (58.3%) y no entendieron adecuadamente la enfermedad de su hijo(a) (41.1%).
- b) En el grupo de enfermería; cuando éstas no acudieron con prontitud al llamado del familiar (27.4%) ( $\chi^2=4.0$ ,  $P=0.04$ ).
- c) En lo que se refiere a los auxiliares clínicos; no supieron el nombre de la dietista (89.3%), dieron una explicación insuficiente del procedimiento por parte del personal de laboratorio clínico (72.7%) ( $\chi^2=5.82$ ,  $P=0.01$ ) y del personal técnico de radiología (64.1%) ( $\chi^2=7.89$ ,  $P=0.005$ ), explicación insuficiente de la dieta por parte de la dietista (63.4%), el trato inadecuado por el personal de laboratorio (39.5%), insatisfacción por impedirse acompañar al familiar durante la toma de muestras de laboratorio (34.6%) ( $\chi^2=9.99$ ,  $P=0.007$ ), no conocieron a la dietista (33.9%), y con el trato por el personal de radiología (31.5%).
- d) En cuanto al personal de trabajo social; no supieron el nombre de la trabajadora social (94.3%), insuficiencia en la detección de problemas durante el proceso de internamiento (82.8%) y falta de orientación (55.4%) por parte de la trabajadora social ( $\chi^2=11.77$ ,  $P=0.0006$ ), dificultad por las citas otorgadas (62.6%), trato inadecuado del personal de trabajo social (36.0%), tiempo de espera prolongado (3 o más horas) para la hospitalización desde urgencias (33.9%), ineficiencia en el trámite de citas (28.8%) y no conocer a la trabajadora social de piso (28.1%).
- e) Con relación al personal de apoyo los familiares percibieron un estado de limpieza inadecuada de los baños (38.2%) ( $\chi^2=11.77$ ,  $P=0.0006$ ), de los cuartos de hospitalización (31.7%) ( $\chi^2=15.0$ ,  $P=0.0001$ ), del hospital en general (23.8%) ( $\chi^2=11.10$ ,  $P=0.003$ ) y falta de cortesía por parte de los vigilantes (21.6%).

2.- En el área de la consulta externa (anexos 3, tabla 5):

- a) En lo que concierne al grupo médico; los familiares no se sintieron satisfechos con el tiempo de espera para pasar a consulta (54.6%) ( $\chi^2=20.56$ ,  $P=0.000005$ ), no supieron el nombre del médico que otorgó la consulta (50.7%) ( $\chi^2=17.82$ ,  $P=0.00002$ ), no se proporcionó atención en la fecha citada (49.4%), y no se dio atención continua por el médico tratante (36.7%) ( $\chi^2=14.07$ ,  $P=0.0001$ ).
- b) En el grupo de enfermería; se manifestó insatisfacción con su trato (32.8%).

- c) En lo que se refiere a los auxiliares clínicos; hubo insatisfacción con el tiempo de espera para la toma de radiografías (63.0%) ( $\chi^2=25.0$ ,  $P=0.0000001$ ), con el tiempo de espera para los estudios de neurofisiología (50.0%), con el tiempo de espera para la toma de productos en el laboratorio de análisis clínico (42.6%) ( $\chi^2=5.42$ ,  $P=0.01$ ), e insatisfacción con el trato del personal de radiología (42.2%).
- d) En cuanto al personal de trabajo social; los familiares manifestaron insatisfacción con las citas otorgadas en radiología (47.4%) y neurofisiología (37.5%), falta de orientación y asistencia por parte de la trabajadora social (44.5%), trato inadecuado del personal de trabajo social (36.7%) ( $\chi^2=4.35$ ,  $P=0.03$ ).
- e) Con relación al personal de apoyo los familiares percibieron falta de cortesía por parte de los vigilantes (41.9%) ( $\chi^2=7.48$ ,  $P=0.006$ ) y un estado de limpieza inadecuada de las instalaciones de la consulta externa (38.0%) ( $\chi^2=32.58$ ,  $P<0.00000001$ ).

### 3.- En el servicio de urgencias (anexos 3, tabla 6):

- a) En lo que concierne al grupo médico; los familiares no supieron el nombre del médico que otorgó la consulta (56.5%) ( $\chi^2=32.21$ ,  $P<0.00000001$ ), no se sintieron satisfechos con el tiempo de espera para pasar a consulta (53.7%) ( $\chi^2=36.17$ ,  $P<0.00000001$ ) y con el trato inadecuado por el médico (28.5%) ( $\chi^2=30.73$ ,  $P=0.00000001$ ).
- b) En el grupo de enfermería; se manifestó insatisfacción con el tiempo de espera para la toma de productos de laboratorio (53.7%) ( $\chi^2=51.15$ ,  $P=0.00000001$ ) y con su trato (39.2%) ( $\chi^2=17.44$ ,  $P=0.00002$ ).
- c) En lo que se refiere a los auxiliares clínicos; hubo insatisfacción con el tiempo de espera para la toma de radiografías (68.2%) ( $\chi^2=68.74$ ,  $P<0.00000001$ ).
- d) En cuanto al personal de trabajo social; los familiares manifestaron insatisfacción con el trato inadecuado del personal de trabajo social (70.9%) ( $\chi^2=42.85$ ,  $P<0.00000001$ ), la falta de orientación por parte de la trabajadora social (43.6%) ( $\chi^2=19.68$ ,  $P=0.000009$ ).
- e) Con relación al personal de apoyo los familiares percibieron falta de cortesía por parte de los vigilantes (43.6%) y un estado de limpieza inadecuada del área de urgencias (41.4%).

## "D I S C U S I O N"

Como se ha mencionado previamente en el marco teórico de esta tesis, dentro de la estructura conceptual de la calidad de atención médica se han identificado 3 grandes componentes: *la estructura, el proceso y el resultado.* (5, 8) Una de las más importantes medidas del resultado es la identificación del grado de satisfacción obtenida por los pacientes o sus familiares con la atención médica que reciben. (28) Cuantificarlo, sin embargo es una tarea necesaria, pero difícil de evaluar. (5, 8, 9) Por esta razón, algunos autores han desarrollado instrumentos para investigar la satisfacción del paciente en base a la cortesía, a la información no proporcionada, a la comodidad, a la relación médico paciente y a la comunicación (10, 13, 19, 21, 29 - 34) Se han construido una gran variedad de instrumentos para medir la satisfacción. Algunos de ellos consisten en una sola pregunta y otros se han desarrollado en función de una compleja tarea de validación. (10, 27)

Existe además la dificultad para medir el grado de satisfacción que experimentan los niños cuando requieren de cuidados médicos, sobre todo cuando el niño es lactante o preescolar; por lo que se requiere obtener información indirecta de los familiares que los acompañan, quienes responderán a las preguntas en función de sus propias necesidades y expectativas, de su nivel de escolaridad y del conocimiento propio acerca de los mecanismos que intervinieron en el proceso de salud enfermedad, en estos casos la satisfacción de los familiares responsables ofrece la única posibilidad de evaluar este aspecto. (20, 21, 22, 25, 26)

Por otra parte, el obtener conclusiones a través de encuestas exige, en términos generales, que sean representativas del universo del que provienen; en esta tesis se presentaron los resultados del análisis de las encuestas aplicadas sin conocerse la proporción de representatividad del universo pues se desconoce el total de la población pediátrica derechohabiente de este hospital, sin embargo en el año pasado se reportó un total de 853 ingresos al servicio de pediatría, y un total de 32,142 consultas otorgadas en el área de la consulta externa de pediatría (datos aportados por el servicio de estadística del H.C.N. PEMEX); esto puede ser una limitante, lo mismo que el no haber considerado una muestra estratificada en cuanto a las características socioculturales de los encuestados y la representatividad por las áreas en las que se atendieron los niños, sin embargo consideramos que estos aspectos se compensaron parcialmente por la aplicación de 626 encuestas, que la encuesta fue voluntaria y anónima, y que el instrumento de recolección de la información estaba previamente validado en su contenido.

En este estudio, como en los realizados por Silva-Alvarado y colaboradores (24) y el de Rubio-Rodríguez y colaboradores (25) se realizó una pregunta en forma explícita a los familiares de los pacientes hospitalizados, de los que acuden a consulta externa y a urgencias, acerca de su grado de satisfacción con la atención que recibieron sus pacientes. Con el objeto de darle validez a dicha pregunta, se aplicó el índice de satisfacción de Alvarado-Silva y colaboradores (24) que resumió las respuestas de los familiares a las preguntas relacionadas con su grado de

satisfacción con las actividades de los diferentes grupos de personal, que se vieron involucrados en la atención del niño.

Los resultados obtenidos con ambos indicadores mostraron diferentes grados de satisfacción que variaron desde el 56.4% en urgencias, 61.4 % en la consulta externa y del 80.6% en el área de hospitalización, como podemos ver; todos por debajo del 90.0%, lo cual no concuerda con los datos reportados en la literatura médica acerca de que, en general, los pacientes y sus familiares suelen mostrar altos niveles de satisfacción con la atención recibida. Pero es conveniente destacar que la población en la que se basó el estudio difiere de las poblaciones incluidas en otros estudios, ya que la nuestra estuvo integrada por niños con enfermedades en su gran mayoría no graves y cuya atención médica otorgada no fue por tiempo prolongado. Aunque el nivel sociocultural de los familiares encuestados no varío mucho del de otros estudios en el país. (24, 25)

Se ha descrito que en estudios basados en niños gravemente enfermos, frecuentemente neoplasias y en aquellos que han requerido de intervenciones quirúrgicas mayores, atendidos en hospitales de tercer nivel de atención y que han recibido atención médica por espacios de tiempo prolongados, los índices de satisfacción relacionados a procedimientos específicos como la presencia de catéteres y vía de administración de medicamentos, han mostrado ser altos (80 a 90%) ya sea que hayan sido expresados tanto por los pacientes o sus familiares. Se citan como ejemplo de lo anterior cuatro investigaciones diferentes realizadas en Estados Unidos de Norteamérica y México; una en Denver, Colorado de Poole y colaboradores, un estudio comparativo para determinar las ventajas y desventajas del uso de catéteres de uso venoso en 95 pacientes pediátricos oncológicos, (21) y otro, un ensayo prospectivo aleatorizado en Boston, Massachusetts, de Berde y colaboradores en 82 niños con cirugía ortopédica mayor y con analgesia controlada para comparar diferentes modalidades de este método; en ambos estudios se encontró que el uso de un cuestionario detallado aplicado a los familiares o a los pacientes, aportó gran inferencia sobre las actitudes de la población estudiada. (19) En nuestro país en una encuesta comparativa protectora aplicada a 600 familiares de niños hospitalizados con enfermedades graves, frecuentemente neoplasias, que recibieron atención médica prolongada, en el Hospital de Pediatría del C. M. N. Siglo XXI del I. M. S. S.; Silva-Alvarado y colaboradores reportaron una frecuencia de satisfacción global en el 99% de los casos y de acuerdo al índice de satisfacción fue del 92%. (24) Rubio-Rodríguez y colaboradores en 1,000 encuestas protectoras contestadas por familiares de pacientes pediátricos al término de la consulta externa, sus resultados mostraron un alto grado de satisfacción del 92%. (25)

Así mismo se ha demostrado que la satisfacción con la información clínica que se le proporciona a los familiares depende del tipo de pacientes participantes. Así, en un estudio en Oxford, Inglaterra de Woolley y colaboradores, de la satisfacción con la forma en que se le proporcionó la información clínica a 45 familias de niños con enfermedades terminales, se identificaron grados moderados de satisfacción, (44 a 73%) para los diferentes tipos de información suministrada con un 58% de satisfacción global y se identificaron elementos de insatisfacción con un 42% de insatisfacción global. (22) Contrariamente, en un estudio nacional de 509 padres de niños con diabetes de reciente diagnóstico, reportó que los grados de satisfacción

relacionados con la información clínica proporcionada varió del 72 al 93% entre los diferentes grupos que proporcionaron información. (20) En la investigación de Silva-Alvarado, que incluyó tanto a niños con enfermedades terminales como niños con enfermedades crónicas, los familiares se mostraron satisfechos en el 75 % de los casos, acerca de la forma en que el pediatra les proporcionó información clínica relacionada con la enfermedad de su hijo. (24) En esta tesis, que no incluyó al tipo de pacientes incluidos en los estudios referidos, la proporción de satisfacción con la explicación de la enfermedad y la información del estado de salud por parte del médico pediatra fueron del 96.4% y del 95.7% respectivamente en el área de hospitalización, en la áreas de consulta externa y urgencias la explicación satisfactoria de la enfermedad fue del 83.4% y del 76% respectivamente, en las tres áreas, el nivel de satisfacción queda por arriba del reportado por los otros investigadores mexicanos.

En el área de hospitalización merece mención especial la participación del grupo de enfermería ya que alcanzó el nivel más alto de satisfacción por grupos de atención (86.6%), muy similar al reportado en el estudio de Alvarado-Silva (90%), lo cual puede deberse a que la mayor parte de los procedimientos de atención en el paciente hospitalizado son realizados por este personal adecuadamente. La principal causa de insatisfacción en este grupo se identificó en la falta de prontitud para acudir al llamado del familiar (27.4%), a diferencia del estudio de Silva-Alvarado en el que reportan en este aspecto solo el 4%. (24)

En general, en el área de hospitalización se expresaron mayores grados de satisfacción hacia el personal de enfermería, médicos y el personal de apoyo. Los grupos hacia los que se identificaron los menores grados de satisfacción fueron los auxiliares clínicos y el personal de trabajo social. Situación que se parece a la reportada por Silva-Alvarado. (24) En el área de consulta externa no se identificaron diferencias marcadas en cuanto al nivel de satisfacción que se identificaron en los diferentes grupos de atención, pues vario del mas alto, de 67.1% para el grupo de enfermería, al más bajo para el personal de apoyo con el 60.1%. Se observó similitud con el reportado en el estudio de Rubio-Rodríguez aunque en este la proporción de satisfacción fue notablemente más alta, ya que vario del 83 al 97%. (25) Se identificó la misma situación en el área de urgencias, aunque es conveniente destacar que los niveles de satisfacción registrado comparados con los de las otras áreas, son notablemente los más bajos, pues estos sólo variaron del mayor de 58.3% para el grupo médico al menor de 53.7% para el personal de trabajo social.

## "CONCLUSIONES"

Se considera de utilidad en el presente estudio, el haber demostrado que el índice calculado de satisfacción es una medida de mayor exigencia en cuanto a la satisfacción que a la correspondiente a las preguntas directas, como lo revelaron las variaciones de la satisfacción global calculadas de los familiares satisfechos con la atención médica recibida.

Debido a que los niveles de satisfacción con la atención médica de los familiares de pacientes pediátricos en este estudio solieron mostrar mayor insatisfacción que la reportada en otros estudios, se enfatiza sobre la importancia de identificar a esta fracción de pacientes o familiares que se muestran insatisfechos con la misma y en consecuencia, que los esfuerzos deben dirigirse a identificar los factores asociados a insatisfacción. Su correcta identificación y las soluciones que se establezcan a partir de estos resultados, podrían permitir elevar la frecuencia de satisfacción dentro de la comunidad que acude en busca de ayuda médica a este hospital.

1. Se identificó que en las 3 áreas estudiadas la atención interpersonal ocasionó las principales causas de insatisfacción en los grupos involucrados con la atención de los pacientes por lo que deben implementarse medidas para mejorar la relación médico paciente principalmente en los auxiliares clínicos y trabajo social en el área de hospitalización, el personal médico, de enfermería, de trabajo social y personal de apoyo en la consulta externa, y en urgencias, en el personal de trabajo social, enfermería y médicos. No obstante la atención técnica también está involucrado aunque en grado menor. El manejo de la relación interpersonal es el segundo componente en la ejecución del proveedor. Es un elemento sumamente importante. Por el intercambio interpersonal el paciente comunica información necesaria para llegar a un diagnóstico, así como preferencias necesarias para seleccionar los métodos más apropiados de atención. Por este intercambio el médico proporciona información sobre la naturaleza de la enfermedad y su manejo y motiva al paciente a la colaboración activa de la atención. Claramente, el proceso interpersonal es el vehículo por el que se lleva a cabo la atención técnica y de la que depende su éxito. Por consiguiente, el manejo del proceso interpersonal estará a un grado mayor, hecho a la medida para el de éxito de la atención técnica. (8)
2. Es necesario para completar las medidas correctivas realizar una investigación de las condiciones en las que el personal de salud de este hospital desarrolla sus actividades ya que situaciones observadas como las de exceso en la carga de trabajo, deficiente disponibilidad de material clínico y paraclínico, deficiencias en la administración del personal, el desempeño de actividades en ambientes hostiles o de excesiva presión laboral pueden ser causas suficientes para condicionar deficiencias en la atención.

En el caso del análisis de este hospital, se recomienda tomar medidas pertinentes para disminuir aquellos aspectos en los que se identificó una mayor frecuencia de insatisfacción. Con el objeto que se retroalimente el sistema de atención del hospital se sugiere la difusión de los resultados obtenidos en esta investigación al personal de salud, con estas medidas se pretende mejorar algunos aspectos relacionados con la calidad de atención médica que este hospital proporciona.

## "B I B L I O G R A F Í A"

1. Ruiz-González C, Vargas-Vorackova F, Castillo-Rentería C, Pérez-Pimentel L, Martínez-Mata RA. Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ). *Rev Invest Clin* 1990; 12: 298-311.
2. Lynn-McHale DJ, Bellinger A. Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of nurses perceptions. *Herat Lung* 1988; 17: 447-53.
3. Health Services Research Group. Public opinions about health care. *Can Med Assoc J*. 1992; 147: 1133-7.
4. Hall JA, Dornan Mc. What patients like about their medical care and how often they care asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935.
5. Steffen GE. Quality medical care: a definition. *J Am Med Assoc* 1988; 260: 56-61.
6. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Mich, Health Administration Press, 1980, pp 3,5, 22-24,27.
7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, et al: Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-583.
8. Donabedian A. The quality of care. *J Am Med Assoc* 1988; 260: 1743-8.
9. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25: 25-36.
10. Health Services Research Group. A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 1727-31.
11. Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 393-402.
12. Proctor E, Morrow-Howell N, Albaz R, Weir C. Patient and family satisfaction with discharge plans. *Med Care* 1992; 30: 262-75.
13. Wood DL, Corey C, Freeman HE, Shapiro MF. Are poor families satisfied with the medical care their children receive? *Pediatrics* 1992; 90: 66-70.
14. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988; 26: 383-92.
15. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989; 27: 1027-35.
16. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioners consulting style on patients satisfaction: a controlled study. *BMJ* 1990, 301: 968-70.
17. Stepoe A, Sutcliffe Y, Allen B, Coombes C. Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med* 1991; 32: 627-32.
18. Danis M, Patrick DL, Southerland LI, Green ML. Patients and families preferences for medical intensive care. *J Am Med Assoc* 1988; 260: 797-802.

19. Berde CB, Lehn BM, Yee JD, Sethna NF, Russo D. Patient controlled analgesia in children and adolescents: a randomized, prospective comparison with intramuscular administration of morphine for postoperative analgesia. *J Pediatr* 1991; 118: 460-6.
20. Lessing DN, Swift PGF, Metcalfe MA, Baumm JD. Imparting the diagnosed diabetes: a study of parental satisfaction. *Arch Dis Child* 1992; 67: 1011-13.
21. Poole MA, Ross MN, Haase GM, Odom LF. Right atrial catheters in pediatric oncology: a patient/parent questionnaire study. *Am J Pediatr Hematol Oncol* 1991; 13: 152-5.
22. Wolley H, Stein A, Forrest GC, Baum JD. Imparting the diagnosis of life threatening illness in children. *BMJ* 1989; 298: 1623-6.
23. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. Exploration in causality. *Med Care* 1989; 27: 705-23.
24. Silva-Alvarado R, Garduño-Espinosa J, Rubio-Rodríguez S, Vázquez-Rivera R, Cuevas-Urióstegui ML, Jasso-Gutiérrez L, Martínez-García MC. Frecuencia de satisfacción en la atención médica en familiares de pacientes pediátricos hospitalizados. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1994; 51 (8): 514-23.
25. Rubio-Rodríguez S, Ortega-Avila MA, Gutiérrez-Monterde MC, Espinosa-Garduño J, Jasso-Gutiérrez L. Niveles de satisfacción de los familiares de pacientes pediátricos con la atención médica en consulta externa. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1955; 52 (12): 711-16.
26. Lieu TA, Forrest CB, Blum NJ, Cornfeld D, Polin RA. Effects of a night-float system on resident activities and parent satisfaction. *Am J Dis Child* 1992; 146: 307-10.
27. Epstein AM, Hall JA, Tognetti J, Son LH, Conant L. Using proxies to evaluate quality of life: can they provide valid information about patients health status and satisfaction with medical care? *Med Care* 1989; 27: S91-8.
28. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor patient relationship and its effect upon outcome. *J Roy Coll Gen Pract* 1979; 29: 77-81.
29. Hulka BS, Kupper LL, Cassal JD, Babineau RA. Practice characteristics and quality of primary care: the doctor-patient relationship. *Med Care* 1975; 13: 808-23.
30. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13: 669-82.
31. Lawson J. Patients attitudes to doctors. *J Roy Coll Gen Pract* 1989; 30: 234-47.
32. Mangelsdorf DA. Patient satisfaction questionnaire. *Med Care* 1979; 17: 86-90.
33. Dawson-Saunders B, Trapp RG. Estimación y comparación de proporciones. En: Dawson-Saunders B, Trapp RG, editores. *Bioestadística médica*. México: Manual Moderno, 1993: 165-84.
33. Like R, Zyzanski SJ. Patient satisfaction with clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987; 24: 351-7.
34. Donabedian A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB Qual Rev Bull* 1986; 12: 99-108.
35. Palafox M, Guisafaré H, Pérez-Cueva R, Reyes H, Libreros V, Tomé P, y col. Calidad de la atención médica en niños hospitalizados por diarrea aguda. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1994; 51: 507-13.
36. Pérez R, Cueva J, Bojalil R, Guisafaré H. Calidad de la atención médica en niños hospitalizados por infección respiratoria aguda. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1955; 52: 342-49.

37. Ponce de León S. Reflexiones sobre la calidad de la atención médica en México. *Rev Invest Clin* 1992; 44: 445-6.
38. Sandler DA, Heaton C, Garner ST, Mitchell JRA. Patients and general practitioners satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. *BMJ* 1989; 299: 1511-3.
39. Winefield HR, Murrell TGC. Speech patterns and satisfaction in diagnostic and prescriptive stages of general practice consultations. *Br J Med Psychol* 1991; 64: 103-15.

# A N E X O 1

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL AREA DE HOSPITALIZACIÓN

ESTE CUESTIONARIO ES ANÓNIMO, SUS RESPUESTAS PERMITIRÁN MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS EN EL HOSPITAL; POR ESTA RAZÓN LE SUPPLICAMOS QUE LO CONTESTE TODO.

FAVOR DE MARCAR CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE CONSIDERE APROPIADA

Del adulto acompañante: Edad \_\_\_\_\_ años      Sexo:    Fem \_\_\_\_\_ Masc \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_      Ocupación \_\_\_\_\_

### P R E G U N T A S

1. ¿Conoció al especialista que trató a su hijo(a)? no ( ) si ( ) ¿Cómo se llama?
2. ¿El (la) médico especialista les explicó claramente el problema de su paciente? si ( ) no ( )
3. ¿Su relación con el (ella) fue? buena ( ) regular ( ) mala ( )
4. ¿Entendió la enfermedad de su hijo(a)? nada ( ) muy poco ( ) regular ( ) mucho ( )
5. ¿Conoció al (la) pediatra tratante de su hijo(a)? no ( ) si ( ) ¿Cómo se llama?
6. ¿Les explicó la enfermedad de su hijo(a)? si ( ) no ( )
7. ¿Su relación con el(ella) fue? buena ( ) regular ( ) mala ( )
8. ¿Conoció a su médico residente? si ( ) no ( ) ¿Cómo se llama?
9. ¿Su relación con el(ella) fue? buena ( ) regular ( ) mala ( )
10. ¿Recibió información médica del estado de salud de su hijo(a)? si ( ) no ( )
11. ¿Las enfermeras acudieron con prontitud a su llamado? siempre ( ) casi siempre ( ) rara vez ( ) nunca ( )
12. ¿Tuvo problemas para la administración de algún medicamento? siempre ( ) casi siempre ( ) rara vez ( ) nunca ( )
13. ¿Tuvo problemas con las enfermeras? no ( ) si ( )
14. ¿El trato de los especialistas fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
15. ¿El trato de las enfermeras fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
16. ¿El trato de los pediatras fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
17. ¿El trato de los residentes fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
18. ¿Le sirvieron los alimentos a su paciente con buena temperatura? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
19. ¿La cantidad de los alimentos fue? escasa ( ) suficiente ( ) abundante ( )
20. ¿El tipo de alimento indicado por su médico es el que le ofrecieron a su hijo? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
21. ¿Le explicó la dietista la dieta de su paciente? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
22. ¿Le tardaron su alimento después de que le hicieron algún estudio? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( ) por qué?
23. ¿Conoció la dietista del piso? no ( ) si ( ) ¿Cómo se llama?
24. Conoció la trabajadora social del piso? no ( ) si ( ) ¿Cómo se llama?
25. ¿Su paciente ingresó por urgencias? no ( ) si ( ) ¿Cuánto tiempo estuvo ahí?
26. ¿Si su paciente ingresó por la consulta externa cuánto tiempo esperó para que el paciente llegara a su cama después de haber llegado a admisión hospitalaria?

27. ¿Recibió orientación de parte de la trabajadora social sobre los tramites y utilización de los servicios? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
28. ¿Le dieron sus citas oportunamente? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
29. ¿Tuvo información suficiente y adecuada en el servicio de foráneos? no somos foráneos ( ) nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
30. ¿Recibió su pago de viáticos oportunamente? no somos foráneos ( ) nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
31. ¿El trato de personal de foráneos fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
32. ¿El trato de la señorita de trabajo social de piso fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
33. ¿Le preguntó la trabajadora social si tuvo problemas por el internamiento de su paciente? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
34. ¿El personal de laboratorio les explico los procedimientos que le efectuaron a su hijo(a) nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
35. ¿El personal de laboratorio fue cortés con ustedes y con su paciente al tomarle los estudios? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
36. ¿El personal de rayos "X" les explico los procedimientos que le efectuaron a su hijo(a) nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
37. ¿El personal de rayos "X" fue cortés con ustedes y con su paciente al tomarles los estudios? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
38. ¿Cuando le tomaron los estudios permaneció con su hijo(a)? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
39. ¿Cuando le aplicaron medicamentos permaneció con su hijo(a)? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
40. ¿Tuvo dificultades para que le dieran sus citas al laboratorio, radiografías, estudios o citas para consulta externa cuando le dieron el alta? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( ) ¿Por qué?
41. ¿Tuvo dificultades para el alta de su paciente? no ( ) si ( ) ¿Por qué?
42. ¿Tuvo dificultades por la ambulancia? no ( ) si ( ) ¿Por qué?
43. ¿Le entregaron a tiempo la papelería de alta? no ( ) si ( ) ¿Por qué?
44. ¿Tuvo problemas con el personal de vigilancia para visitar a su hijo(a)? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( ) ¿Por qué?
45. ¿El personal de vigilancia le respondió a sus preguntas con cortesía? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( ) ¿Por qué?
46. ¿Tuvo problemas con el personal de las camillas? no ( ) si ( ) ¿Por qué?
47. ¿La limpieza y aseo de la sala donde estuvo hospitalizado su paciente fue? buena ( ) regular ( ) mala ( ) ¿Por qué?
48. ¿La limpieza y aseo de los baños le pareció? buena ( ) regular ( ) mala ( ) ¿Por qué?
49. ¿La limpieza de las instalaciones del hospital fue? buena ( ) regular ( ) mala ( ) ¿Por qué? ¿En qué área fue mala?
50. ¿Al salir del hospital se siente satisfecho(a) con la atención recibida? si ( ) no ( )

## A N E X O 2

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS

Este cuestionario es anónimo, sus respuestas permitirán mejorar la atención a los niños en el hospital; por esta razón le suplicamos que lo conteste todo.  
Favor de marcar con una "x" la respuesta que considere apropiada

Del adulto acompañante: Edad \_\_\_\_\_ años Sexo: Fem \_\_\_\_\_ Masc \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

#### P R E G U N T A S

1. ¿Se sintió satisfecho(a) con el tiempo que esperó para la toma de exámenes en el laboratorio? No se solicitaron ( ) no ( ) si ( )
2. ¿Se sintió satisfecho(a) con el tiempo que esperó para la toma de estudios de rayos X? No se solicitaron ( ) no ( ) si ( )
3. ¿Se sintió satisfecho(a) con el tiempo que esperó para los estudios de neurofisiología (electroencefalograma, potenciales)? No se solicitaron ( ) no ( ) si ( )
4. ¿Se sintió satisfecho(a) con el tiempo que esperó para que pasara a su consulta después de la hora anotada en el carnet de citas? no ( ) si ( )
5. ¿Le atendió su médico tratante? no ( ) si ( ) ¿Cómo se llama?
6. ¿El médico tratante les explicó claramente el problema de su hijo(a)? si ( ) no ( )
7. ¿El médico les explicó la forma de dar los medicamentos? si ( ) no ( ) No tiene medicamentos ( )
8. ¿El trato del médico fue? bueno ( ) regular ( ) malo ( )
9. ¿Se sintió satisfecho(a) con las citas al laboratorio? si ( ) no ( ) No se solicitaron estudios ( )
10. ¿Se sintió satisfecho(a) con el trato del personal de laboratorio? si ( ) no ( ) No se solicitaron estudios ( )
11. ¿Se sintió satisfecho(a) con las citas a rayos X? si ( ) no ( ) No se solicitaron estudios ( )
12. ¿Se sintió satisfecho(a) con el trato del personal de rayos X? si ( ) no ( ) No se solicitaron estudios ( )
13. ¿Se sintió satisfecho(a) con las citas a neurofisiología (electroencefalograma, potenciales)? si ( ) no ( ) No se solicitaron estudios ( )
14. ¿Se sintió satisfecho(a) con el trato del personal de neurofisiología (electroencefalograma, potenciales)? si ( ) no ( ) No se solicitaron estudios ( )
15. ¿La trabajadora social les dio sus citas correcta y oportunamente? si ( ) no ( )
16. ¿El trato de la señora de trabajo social fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
17. ¿El trato de la enfermera fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
18. ¿El trato de personal de vigilancia fue? malo ( ) regular ( ) bueno ( )
19. ¿Tuvo información suficiente y adecuada en el servicio de foráneos? No somos foráneos ( ) si ( ) no ( )
20. ¿Recibió su pago de viáticos oportunamente? no somos foráneos ( ) si ( ) no ( )
21. ¿La limpieza de las instalaciones de la consulta externa fue? buena ( ) regular ( ) mala ( ) en qué área fue mala?
22. ¿Recibió orientación sobre los trámites y utilización de los servicios? si ( ) no ( )
23. ¿Le han proporcionado atención en la fecha en la que le dieron la cita? nunca ( ) rara vez ( ) casi siempre ( ) siempre ( )
24. ¿Al salir del hospital se siente satisfecho(a) con la atención recibida? si ( ) no ( )

**ANEXO 3****RESULTADOS TABULADOS DE LA ENCUESTA.****TABLA I.- CARACTERISTICAS DE LOS FAMILIARES.**

VARIABLES	HOSPITALIZACION		CONSULTA EXTERNA		URGENCIAS	
<b>TOTALES</b>	139		308		179	
<b>GRUPOS DE EDAD</b>	f	%	f	%	f	%
21 - 30 AÑOS	50	36.0%	113	36.7%	66	36.9%
31 - 40 AÑOS	71	51.1%	156	50.6%	70	39.1%
41 - 50 AÑOS	15	10.8%	35	11.4%	23	13.1%
51 - 60 AÑOS	3	2.1%	4	1.3%	20	10.9%
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100.0%</b>	<b>308</b>	<b>100.0%</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>
<b>FAMILIARES</b>						
MADRES	121	87.0%	261	84.8%	140	78.3%
PADRES	18	13.0%	47	15.2%	39	21.7%
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100.0%</b>	<b>308</b>	<b>100.0%</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>
<b>ESCOLARIDAD</b>						
PRIMARIA	30	21.6%	43	13.9%	31	17.4%
SECUNDARIA	31	22.3%	39	12.7%	43	23.9%
TECNICO	24	17.3%	51	16.4%	31	17.4%
LICENCIATURA	11	7.9%	35	11.4%	8	4.4%
PREPARATORIA	32	23.0%	78	25.3%	43	23.9%
PROFESIONAL	11	7.9%	62	20.3%	23	13.0%
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100.0%</b>	<b>308</b>	<b>100.0%</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>
<b>OCCUPACION</b>						
AMAS DE CASA	84	60.5%	201	65.3%	121	67.4%
JUBILADOS	3	2.1%	0	0.0%	11	6.5%
EMPLEADOS	40	29.0%	51	16.5%	31	17.3%
OBREROS	3	2.1%	12	3.9%	8	4.4%
PROFESIONAL	9	6.3%	44	14.3%	8	4.4%
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>100.0%</b>	<b>308</b>	<b>100.0%</b>	<b>179</b>	<b>100.0%</b>

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 2.- SATISFACCION GLOBAL.

SATISFE- CHIOS	SEGUN RESPUESTA						SEGUN I. C. S.					
	EN EL HOSPITAL		CONSULTA EXTERNA		EN URGENCIAS		EN EL HOSPITAL		CONSULTA EXTERNA		EN URGENCIAS	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>SI</b>	121	87.0	238	77.0	113	63.0	112	80.6	189	61.4	107	56.4
<b>NO</b>	18	13.0	71	23.0	66	37.0	27	19.4	119	38.6	72	43.6
<b>TOTAL</b>	139	100.0	308	100.0	179	100.0	139	100.0	100.0	100.0	179	100.0

TABLA 3.- SATISFACCION POR GRUPOS DE SERVICIO

GRUPOS DE SERVICIOS	AREA DE HOSPITALIZACION		CONSULTA EXTERNA		SERVICIO DE URGENCIAS	
	SATISFECHOS		SATISFECHOS		SATISFECHOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>MEDICOS</b>	81.1%	18.9%	65.8%	34.2%	58.3%	41.7%
<b>ENFERMERAS</b>	86.6%	13.4%	67.1%	32.9%	57.6%	42.4%
<b>AUXILIARES CLINICOS</b>	60.8%	39.2%	60.7%	39.3%	54.1%	45.9%
<b>TRABAJO SOCIAL</b>	48.2%	51.8%	65.4%	34.6%	53.7%	46.3%
<b>PERSONAL DE APOYO</b>	76.9%	23.1%	60.1%	39.9%	57.0%	43.0%

**TABLA 4.- ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA ATENCION MEDICA Y GRUPOS RESPONSABLES DE OTORGARLA EN EL AREA DE HOSPITALIZACION**

<b>GRUPOS RESPONSABLES</b>	<b>SATISFECHOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>INSATISFECHOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>GRUPO MEDICO</b>				
Conocer al Médico Pediatra Adscrito	138	97.8%	3	2.2%
Explicación satisfactoria de la enfermedad	134	96.4%	5	3.6%
Recibir información médica del estado de salud	133	95.7%	6	4.3%
Trato del Médico Pediatra Adscrito	130	93.5%	9	6.5%
Trato Médico Residente	127	91.3%	12	8.7%
Alta a tiempo	121	87.0%	18	13%
Relación con el Médico Residente	115	82.7%	24	17.3%
Relación con el Médico Pediatra Adscrito	114	82.0%	25	18.0%
Conocer al Médico Residente	112	80.5%	27	19.5%
Entender la enfermedad del hijo(a)	82	58.9%	57	41.1%
Saber el nombre del pediatra	58	41.7%	81	58.3%
Saber el nombre del Médico Residente	36	25.9%	103	74.1%
<b>GRUPO DE ENFERMERÍA</b>				
Problemas con la aplicación de medicamentos	130	93.5%	9	6.5%
Buen trato de las enfermeras	129	92.8%	10	7.2%
Problemas con las enfermeras	127	91.3%	12	8.7%
Eficiencia en la aplicación de medicamentos	118	83.4%	23	16.6%
Frontalidad para acudir al llamado del familiar	101	72.6%	38	27.4%
<b>AUXILIARES CLINICOS</b>				
Suficiencia de los alimentos	136	97.8%	3	2.2%
Alimentos servidos a buena temperatura	115	82.7%	29	17.3%
Cumplimiento con la dieta prescrita	110	79.1%	29	20.9%
Trato cortes por el personal de radiología	95	68.3%	44	31.7%
Conocer a la dietista	92	66.1%	47	33.9%
Permanencia del familiar con el paciente durante la toma de estudios	91	65.4%	48	34.6%
Trato cortes por el personal de laboratorio	84	60.5%	55	39.5%
Explicación por la dietista	51	36.8%	88	63.4%

**TABLA 4.- ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA ATENCION MEDICA Y GRUPOS RESPONSABLES DE OTORGARLA EN EL AREA DE HOSPITALIZACION (Continuación)**

<b>GRUPOS RESPONSABLES</b>	<b>SATISFECHOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>INSATISFECHOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>AUXILIARES CLINICOS</b>				
Explicación por el personal de radiología de los procedimientos practicados	50	35.9%	89	64.1%
Explicación por el personal de laboratorio de los procedimientos practicados	38	27.3%	101	72.7%
Saber el nombre de la dietista	15	10.7%	77	69.3%
<b>TRABAJO SOCIAL</b>				
Dificultad para la obtención del alta	134	96.4%	5	3.6%
Tiempo de espera adecuado para ingreso desde la consulta externa	101	72.6%	38	27.4%
Conocer a la trabajadora social de piso	100	71.9%	39	28.1%
Eficiencia en el tramite de citas	99	71.2%	40	28.8%
Tiempo de espera adecuado para ingreso desde urgencias	92	66.1%	47	33.9%
<b>TRABAJO SOCIAL</b>				
Trato personal de la trabajadora social de piso	89	64.0%	50	36.0%
Orientación adecuada por la trabajadora social	62	44.6%	77	55.4%
Expedición de citas oportunas	52	37.4%	87	62.6%
Identificación de problema por la trabajadora social	24	17.2%	115	82.8%
Saber el nombre de la trabajadora social	8	5.7%	131	94.3%
<b>PERSONAL DE APOYO</b>				
Eficiencia del personal de camilleros	128	92.0%	11	8.0%
Otorgamiento de facilidades por el personal de vigilancia	115	82.7%	24	17.3%
Cortesía de los vigilantes	109	78.4%	30	21.6%
Limpieza adecuada del hospital	106	76.2%	33	23.8%
Limpieza adecuada del cuarto de hospitalización	95	68.3%	44	31.7%
Limpieza adecuada de los baños	86	61.6%	53	38.2%

**TABLA 5.- ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA ATENCION MEDICA Y GRUPOS RESPONSABLES DE OTORGARLA EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA**

GRUPOS RESPONSABLES	SATISFECHOS	PORCENTAJE	INSATISFECHOS	PORCENTAJE
<b>GRUPO MEDICO</b>				
Explicación satisfactoria del tratamiento	281	91.2%	27	8.8%
Explicación satisfactoria de la enfermedad	257	83.4%	51	16.6%
Trato del Médico que otorgó la consulta	238	77.2%	70	22.8%
Atención por el Médico Tratante	195	63.3%	113	36.7%
Atención otorgada en la fecha de la cita	156	50.6%	152	49.4%
Saber el nombre del Médico que imparte la consulta	152	49.3%	156	50.7%
Satisfacción con el tiempo de espera para consulta	140	45.4%	168	54.6%
<b>GRUPO DE ENFERMERIA</b>				
Buen trato proporcionado por la enfermera	207	67.2%	101	32.8%
<b>AUXILIARES CLINICOS</b>				
Satisfacción con el trato del personal de laboratorio	259	84.0%	49	16.0%
Satisfacción con el trato del personal de neurofisiología	239	77.6%	69	22.4%
Satisfacción con el trato del personal técnico de radiología	178	57.8%	130	42.2%
Satisfacción con el tiempo de espera para pruebas de laboratorio	177	57.4%	131	42.6%
Satisfacción con la espera para estudios de neurofisiología	154	50.0%	154	50.0%
Satisfacción con el tiempo de espera para tomas de radiografías	114	37.0%	194	63.0%
<b>TRABAJO SOCIAL</b>				
Satisfacción con las citas otorgadas en el laboratorio clínico	259	84.0%	49	16.0%
Otorgamiento de citas correctas y oportunas	230	74.6%	78	25.4%
Trato de la trabajadora social de la consulta	195	63.3%	113	36.7%
Satisfacción con las citas otorgadas en neurofisiología	192	62.3%	116	37.7%
Asistencia y orientación de los servicios	171	55.5%	137	44.5%
Satisfacción con las citas otorgadas en radiología	162	52.6%	146	47.4%
<b>PERSONAL DE APOYO</b>				
Limpieza de las instalaciones	191	62.0%	117	38.0%
Trato del personal de	179	58.1%	129	41.9%

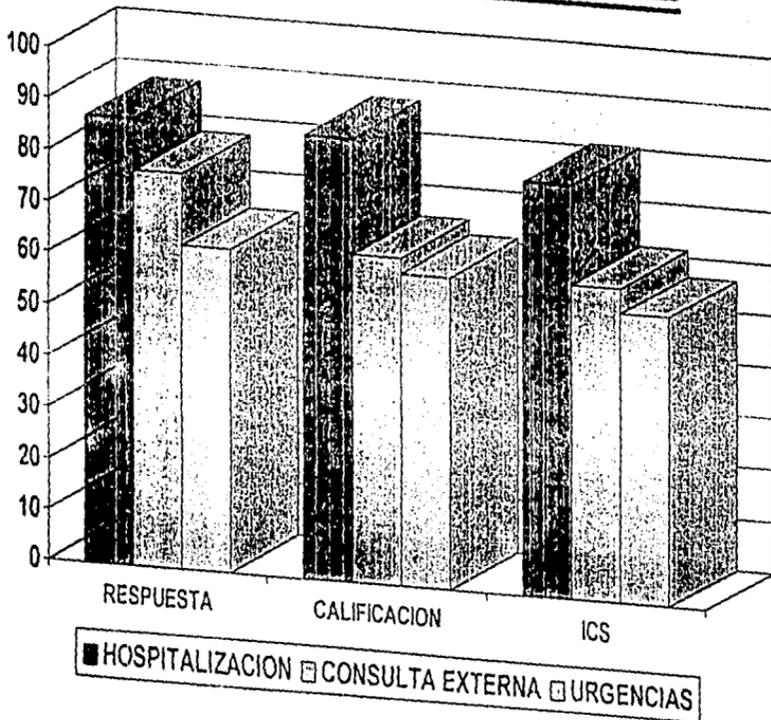
**TABLA 6.- ASPECTOS ESPECIFICOS DE LA ATENCION MEDICA Y GRUPOS RESPONSABLES DE OTORGARLA EN EL AREA DE URGENCIAS**

GRUPOS RESPONSABLES	SATISFECHOS	PORCENTAJE	INSATISFECHOS	PORCENTAJE
<b>GRUPO MEDICO</b>				
Explicación satisfactoria del tratamiento	150	83.7%	29	16.3%
Explicación satisfactoria de la enfermedad	136	76.0%	43	24.0%
Trato del Médico que otorgó la consulta	128	71.5%	51	28.5%
Satisfacción con el tiempo de espera para pasar a consulta	83	46.3%	96	53.7%
Saber el nombre del Médico	78	43.5%	101	56.5%
<b>GRUPO DE ENFERMERIA</b>				
Satisfacción con el trato de enfermería	109	60.8%	70	39.2%
Satisfacción con el tiempo de espera para toma de muestras	83	46.3%	96	53.7%
<b>AUXILIARES CLINICOS</b>				
Satisfacción con el trato por el personal de radiología	137	76.5%	42	23.5%
Satisfacción con el tiempo de espera para tomas de radiografías	57	31.8%	122	68.2%
<b>TRABAJO SOCIAL</b>				
Satisfacción con las citas otorgadas en laboratorio	139	77.7%	40	22.3%
Satisfacción con las citas otorgadas en radiología	116	64.8%	63	35.2%
Asistencia y orientación de tramites y servicios	101	56.4%	78	43.6%
Trato de la trabajadora social de urgencias	52	29.1%	127	70.9%
<b>PERSONAL DE APOYO</b>				
Eficiencia del personal de camillas	155	86.6%	24	13.4%
Limpieza adecuada de las instalaciones	105	58.6%	74	41.4%
Satisfacción con el trato de los vigilantes	101	56.4%	78	43.6%

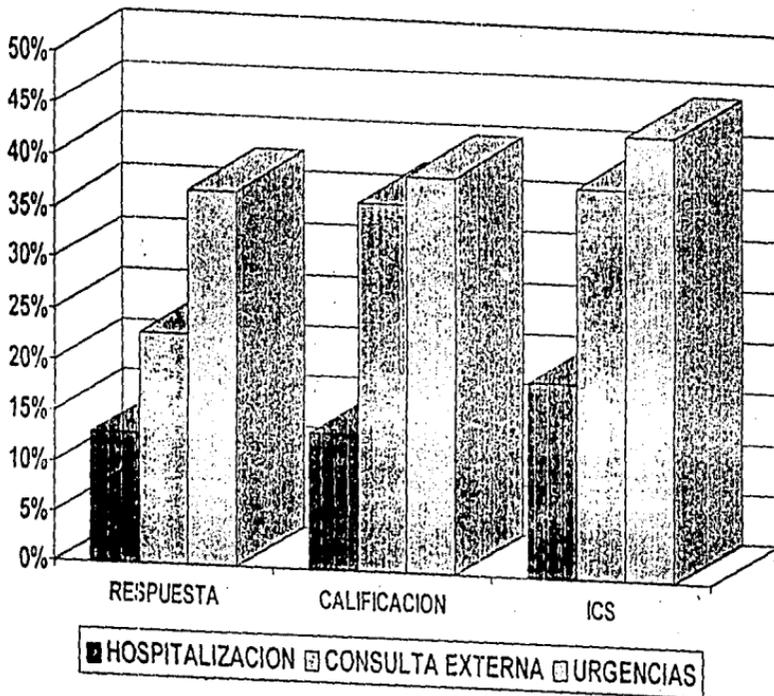
"ANEXO 4"

GRAFICAS

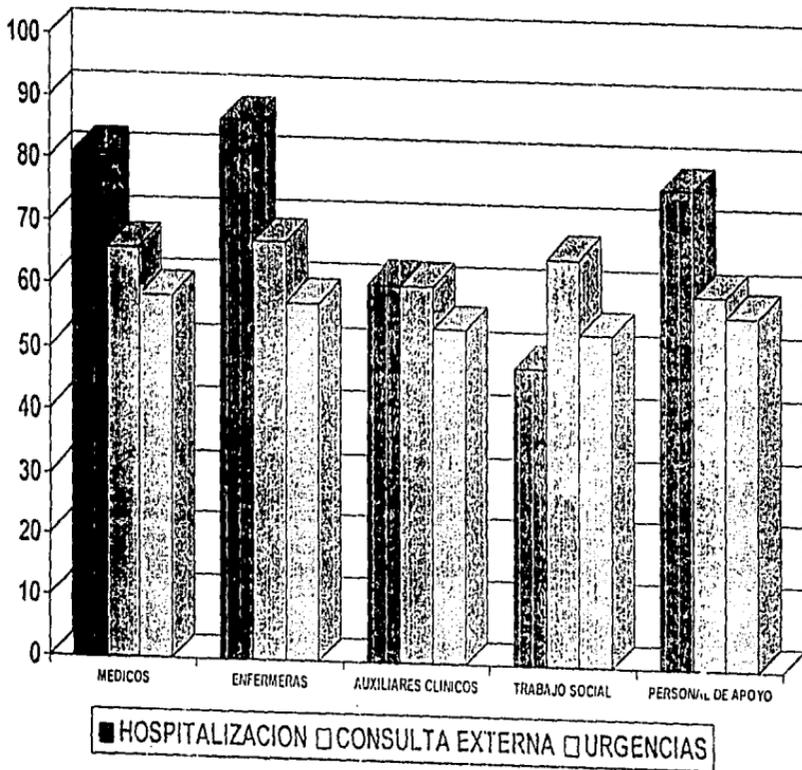
# SATISFACCION GLOBAL



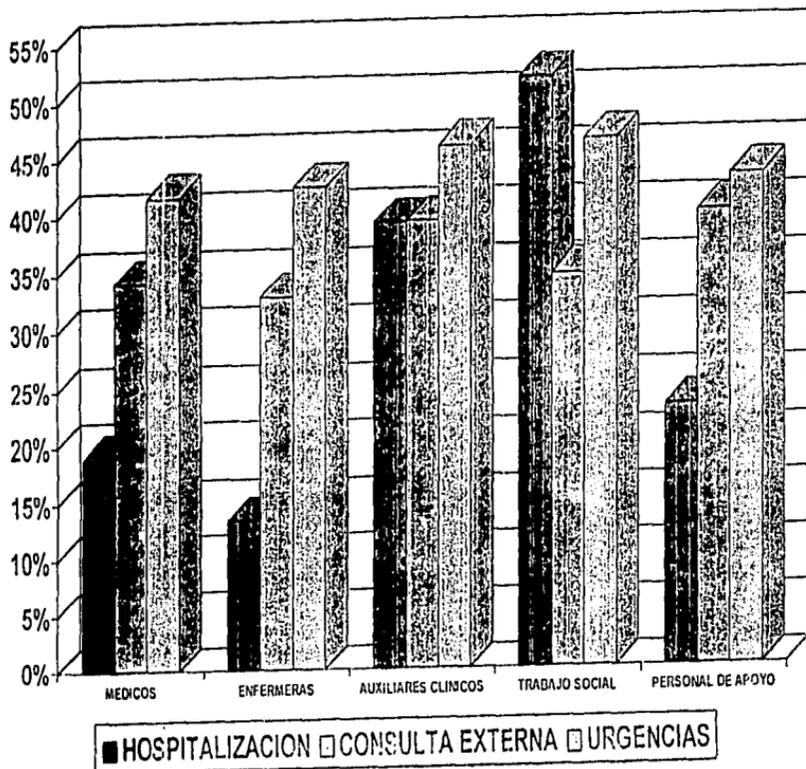
# INSATISFACCION GLOBAL



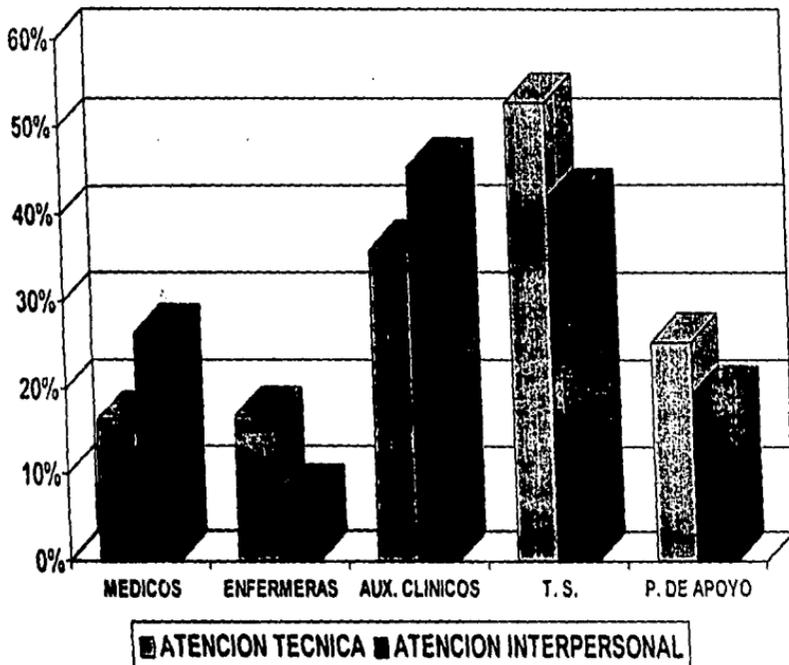
# SATISFACCION POR GRUPOS DE SERVICIO



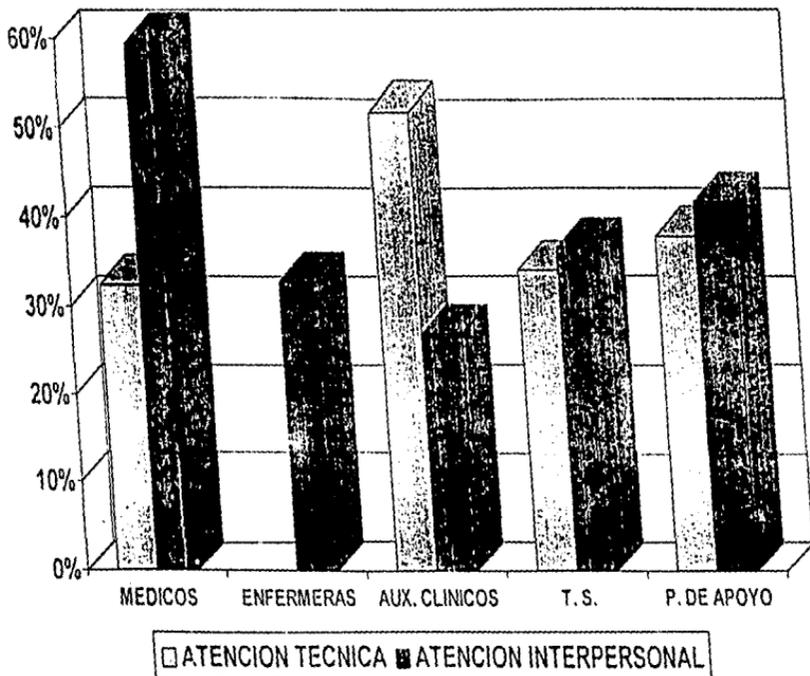
# INSATISFACCION POR GRUPOS DE SERVICIO



# INSATISFACCION CON LA ATENCION EN EL AREA DE HOSPITALIZACION



# INSATISFACCION CON LA ATENCION EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA



# INSATISFACCION CON LA ATENCION EN EL AREA DE URGENCIAS

