



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

Instituto Nacional de la Nutrición "SALVADOR ZUBIRAN"

La Calidad de la Atención Médica en la
Consulta Externa de Medicina Interna del
Instituto Nacional de la Nutrición vista a
través de la Satisfacción del Paciente

T E S I S

Que para obtener el diploma de especialista en

MEDICINA INTERNA

p r e s e n t a

GABRIEL BORSOTTO GANEM

TUTOR: DR. SERGIO PONCE DE LEON

Profesor del curso: DR. LUIS USCANGA

Sinodales: DR. JUAN RULL

DR. JUAN CALVA

DR. MARIO CARDIEL

INNSZ

México, D. F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

257914



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 está 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.

Indice

Introducción	pg 1
Antecedentes y justificación	pg 5
Objetivos	pg 9
Métodos, sujetos y materiales	pg 10
Consideraciones éticas	pg 13
Métodos estadísticos	pg 14
Resultados	Pg 15
Discusión	pg 18
Conclusiones	pg 24
Bibliografía	pg 25

La Calidad de la Atención Médica en la Consulta Externa de Medicina Interna del Instituto Nacional de la Nutrición vista a través de la Satisfacción del Paciente

Introducción:

Desde su fundación, el cuidado del paciente en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán” ha tenido especial énfasis en la excelencia. Excelencia que se demuestra en la atención integral que se brinda a los pacientes durante su estudio y tratamiento. (1)

La consulta externa forma parte esencial de las labores asistenciales, docentes y de investigación del Instituto y debe aspirar al mismo nivel de excelencia en su atención a los pacientes. Cada año se registran alrededor de 5 mil nuevos pacientes en el Instituto, tanto por la consulta externa como por los servicios de hospitalización. La gran mayoría de ellos eventualmente son atendidos a nivel ambulatorio. En las múltiples especialidades que atiende actualmente el Instituto se proporcionan aproximadamente 90 mil consultas por año.

Desde sus inicios, el INNSZ ha mantenido un proceso de

cambio constante para lograr una mejor atención y mayor satisfacción por parte de sus pacientes. En lo que toca a la atención de pacientes externos, conforme evolucionaron en complejidad las diferentes áreas de la medicina, se estableció la división de la consulta según especialidades. Al inicio de la presente década, cuando se percibió una mengua en la estreches de la relación médico-paciente, se decidió la asignación de un grupo de pacientes específicos a cada médico durante el transcurso de su residencia en Medicina Interna. En cuanto el numero de consultas demandadas sobrepasó las que se consideran idóneas para permitir una valoración adecuada de los problemas en el tiempo asignado, se implementaron medidas como el control en el número de consultas totales por día y el establecimiento de consultas especiales para filtrar a los pacientes que ya no requieren atención de tercer nivel. Todas estas medidas se han instrumentado en una o más ocasiones con la intención de mejorar la calidad de los servicios que el Instituto presta a sus pacientes. Desde el punto de vista cuantitativo vale la pena mencionar que en el intervalo de 1950 a 1994 el número de consultas otorgadas al año aumento de 17,825 ⁽¹⁾ a más de 90,000 respectivamente.

Las estas medidas introducidas se han realizado de manera empírica, como la mejor manera supuesta de solucionar las deficiencias que se percibían. Estas percepciones eran recogidas de distintas fuentes: la experiencia cotidiana y no sistematizada de los residentes encargados de la consulta, las

quejas explícitas de los pacientes que llegaban a instancias institucionales y las experiencias recibidas fuera del Instituto por los médicos encargados de la administración del servicio. Por desgracia este método no garantiza que los problemas abordados hasta el momento o la solución que se les ha dado, afecten lo que más importa en lo relativo a la satisfacción de los pacientes. De hecho, debe reconocerse que no se ha contado con un instrumento objetivo y reproducible con el cual valorar el grado de satisfacción de los pacientes antes y después de los citados cambios.

Actualmente el Instituto en su conjunto esta siendo objeto de una serie de obras en sus instalaciones entre las que destaca un nuevo edificio para alojar a la consulta externa en óptimas condiciones de espacio para mejorar la calidad de atención hacia sus pacientes. Junto con el remozamiento físico, se debe renovar la conciencia de mejorar la calidad en todos los niveles. Dentro del empuje que se le ha dado a la eficiencia en la administración del hospital, el lograr reducir el tiempo de estancia hospitalaria a niveles similares a los que se observan en países desarrollados, aumentará de manera significativa la proporción de pacientes que pasarán a cargo de la consulta externa. Es por ello, que más que nunca se necesita mejorar la eficiencia en ella, al tiempo que se aumenta la calidad y satisfacción de los pacientes.

Para que el proceso de mejoramiento de todos los aspectos del servicio sea exitoso, es indispensable contar con un estudio que

explore la percepción y el grado de satisfacción de los pacientes hacia la consulta externa. Este sondeo de opinión debe ser tan amplio como sea posible, debe incluir tanto aspectos positivos como negativos y debe abarcar tanto al área médica propiamente dicha como la organizacional. Se deberán tratar aspectos concretos como tiempos de espera para consulta, espacio físico en las salas de espera; así como aspectos subjetivos, por ejemplo confianza en el médico y calidez del trato. La información así obtenida debe ser precisa, exacta y reproducible.

Sera posible identificar problemas específicos en la atención desde el punto de vista de trato médico, organizativo, de las instalaciones físicas, etc. Con base en esta información, se podrán realizar posteriormente estudios similares cuando se complete la remodelación del área física y evaluar el impacto sobre la apreciación de los pacientes acerca de la atención.

1995 constituyó un año clave para realizar este tipo de investigación en los pacientes del Instituto, pues la inercia de los cambios estructurales en ese momento hacía factible la eventual adopción de medidas para corregir las deficiencias que se detectaran en la investigación.

El propósito de este estudio es conocer la percepción de los pacientes hacia la atención médica proporcionada en la Consulta Externa de Medicina Interna del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran.

Antecedentes y justificación:

Queremos suponer que el interés del médico por la calidad en la atención de sus pacientes es tan viejo como la profesión misma. Sin embargo la traducción de este interés en un control de calidad con metodologías sistemáticas y evidencias confiables es relativamente reciente.⁽²⁾ Una pionera en el establecimiento de controles de calidad médicos, fue Florence Nightingale quien desarrollo un sistema uniforme de estadística hospitalaria.⁽³⁾ Otro pionero fue el Dr. Codman del Hospital General de Massachusetts, el estableció el seguimiento de los pacientes después del alta para determinar su grado de satisfacción en base a los objetivos originales del internamiento de cada paciente. ⁽³⁾

A pesar del establecimiento de bases metodológicas para el control de calidad de la atención médica a finales del siglo XIX y principios del XX, su utilización no es uniforme ni universal.⁽⁴⁾ Los médicos de los Estados Unidos están sujetos al escrutinio de evaluaciones sistemáticas de la satisfacción de sus pacientes. Mientras en Europa, la preponderancia de sistemas de salud socializados, hace del control de calidad un objetivo secundario, siendo la salud pública el primario.⁽³⁾ América Latina cuenta con poca información publicada acerca de la prevalencia de programas regulares para medir la satisfacción

del enfermo.

La satisfacción en si misma es interpretada de diferentes maneras por cada paciente. Algunos basan su satisfacción en la humanidad del trato o la atención a problemas psicosociales. Otros a los costos y resultados, o las instalaciones y facilidad de acceso.(2,5,6)

Los profesionales de la salud deben considerar importantes las mediciones de satisfacción de los pacientes. Estas pueden servir como predictores de apego a tratamiento, como reflejo de la calidad en la comunicación medico-paciente, y nos permite escoger entre métodos alternativos de organización en los sistemas de salud.(7) Este racionamiento hizo que durante los 80's se realizaran diversos estudios que investigaron aspectos de la atención medica y su relación con resultados favorables y satisfactorios para el paciente. El MOS (Medical Outcomes Study) el mas grande de estos, realizado de manera multicéntrica en hospitales de Boston, Chicago y Los Angeles y que recogió información de 22,462 pacientes.(8,9)

La herramienta por excelencia para medir la satisfacción de los pacientes es la encuesta. Este procedimiento, cuándo se realiza adecuadamente, ha demostrado ser tan confiable y reproducible como las mediciones convencionales de variables fisiológicas. Sin embargo esta metodología no esta exenta de sesgos. Se ha descrito que la percepción de los enfermos sobre la capacidad técnica y los conocimientos de sus médicos, esta

determinada por cualidades completamente independientes del médico, como su relación interpersonal con el enfermo. A esto se le ha denominado el “efecto de halo”. Este efecto explica el por que en todos los estudios realizados los pacientes expresan un grado de satisfacción mayor al esperado por los médicos, a pesar de incomodidades y tiempos de espera prolongados. En diversos estudios los enfermos expresan consistentemente niveles de satisfacción arriba del 80%.(7)

En el caso del “Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán”, el interés por este aspecto de investigaciones sobre la satisfacción de los pacientes hacia la atención médica se inició con la encuesta realizada en 1974-1975 por las autoridades del hospital en los principales servicios. Como trabajos independientes tenemos desde el punto de vista de trabajo social el estudio realizado por la T.S. Cecilia Ruiz en 1990,(10) el trabajo inédito del Dr. Sergio Ponce de León, también de 1990, sobre la opinión de los pacientes ante el cambio en el sistema de impartición de la consulta externa y el trabajo del Dr. Mario Cardiel sobre la calidad de la atención en la consulta de Reumatología de 1993.(11)

El estudio de la T.S. Cecilia Ruiz utilizó encuestas aplicadas a los pacientes o sus familiares en distintos servicios del Instituto, no solo en la consulta externa. Se exploraron los aspectos sociodemográficos, de satisfacción, tiempos de espera, trato del personal, limpieza de las instalaciones, calidad de los

alimentos y disponibilidad de los medicamentos. De los 171 cuestionarios aplicados, 40 correspondieron a pacientes atendidos en la consulta externa, sin distinción de la especialidad. Los resultados de esta encuesta mostraron un alto grado de satisfacción hacia la atención recibida. Entre las conclusiones del estudio se menciona “la necesidad de continuar con este tipo de encuestas a fin de lograr la evaluación continua de las opiniones de nuestros pacientes que permita una comparación temporal mas válida y la proposición de medidas correctivas adecuadas”. (10)

En el estudio del Dr. Cardiel, se realizaron encuestas al salir de la consulta a 220 pacientes de la consulta externa de Reumatología. Al igual que estudios previos, encontró un grado alto de satisfacción de los pacientes; pero también coincide en la necesidad de reevaluar en el futuro los resultados del estudio.(11)

Nunca se ha realizado un estudio amplio y reproducible del grado de satisfacción de los pacientes, específicamente de la consulta externa de Medicina Interna, que permita evaluar con periodicidad los cambios de actitud hacia nuestro servicio.

Existen varios aspectos de la consulta que sabemos son incómodos para los pacientes. En este sentido pensamos que era útil conocer la magnitud de estas incomodidades. Así como detectar problemas e inconformidades que tal vez no sospechamos.

Con base en la información recabada durante el estudio, sería posible sugerir métodos para mejorar la calidad de la atención en base a las opiniones de quienes utilizan nuestros servicios.(12)

Objetivos:

El objetivo principal de la investigación fue conocer el grado de satisfacción de los pacientes y su actitud hacia la consulta externa del Instituto. Adicionalmente se tuvo información acerca de la relación médico-paciente, de las diferencias en trato y percepción de los pacientes hacia la consulta, y su relación con su antigüedad en la institución.

Otro objetivo central fue conocer cuales eran los aspectos de la visita al Instituto que más preocupan a nuestros pacientes, lo que nos permitiría atacar estos problemas de manera prioritaria. Esto tiene especial relevancia en un ambiente de recursos limitados, pues nos da la pauta para dedicar los recursos disponibles a donde mayores beneficios pueden ofrecer. Como objetivo secundario se desarrollará un patrón para comparar en el futuro la apreciación de los pacientes a los cambios que se realicen en la consulta externa de Medicina Interna.

Con base en la información recabada durante el estudio, sería posible sugerir métodos para mejorar la calidad de la atención en base a las opiniones de quienes utilizan nuestros servicios.(12)

Objetivos:

El objetivo principal de la investigación fue conocer el grado de satisfacción de los pacientes y su actitud hacia la consulta externa del Instituto. Adicionalmente se tuvo información acerca de la relación médico-paciente, de las diferencias en trato y percepción de los pacientes hacia la consulta, y su relación con su antigüedad en la institución.

Otro objetivo central fue conocer cuales eran los aspectos de la visita al Instituto que más preocupan a nuestros pacientes, lo que nos permitiría atacar estos problemas de manera prioritaria. Esto tiene especial relevancia en un ambiente de recursos limitados, pues nos da la pauta para dedicar los recursos disponibles a donde mayores beneficios pueden ofrecer. Como objetivo secundario se desarrollará un patrón para comparar en el futuro la apreciación de los pacientes a los cambios que se realicen en la consulta externa de Medicina Interna.

Métodos, Sujetos y Materiales:

Estructura del estudio: Se tomó como universo a la población de pacientes que asisten a la consulta externa de Medicina Interna. Se tomó una muestra representativa a la cual se le aplicó un cuestionario de opción múltiple. El cuestionario fue aplicado por un residente de tercer año de Medicina Interna del Instituto, se utilizaron residentes de tercer año para evitar la posibilidad de que el interrogador y el médico tratante fueran los mismos. La consulta externa de Medicina Interna es proporcionada en su totalidad por residentes de primer y segundo año .

Elegibilidad: Se definieron como pacientes “activos” en la consulta externa de Medicina Interna, a aquellos que acudían a cita subsecuente durante el periodo señalado para el estudio, y que hubiesen tenido su visita mas reciente dentro de los 6 meses previos. El cuestionario se aplicó a todos los pacientes al salir de su consulta, durante diciembre de 1993 y enero de 1994. Se excluyeron del estudio pacientes no programados, pacientes con retraso mental o alteraciones cognoscitivas documentadas en el expediente, pacientes de primera vez, pacientes con menos de 6 meses de haber ingresado y reingresos.

Esquema de muestreo: Se tomó una muestra de la totalidad de pacientes que llenaban los criterios de inclusión que acudieron a la consulta de Medicina Interna durante diciembre de 1993 y enero de 1994. Se consideraron tres grupos distintos de pacientes, los que acuden al turno de consulta matutina de lunes a jueves, vespertina de lunes a jueves y el turno único de los viernes. Se abordó a los pacientes, al salir de su consulta programada en la sala de espera, mientras esperaban ser llamados para programar su próxima cita. Se diseñó un esquema de selección que permitiera tener pacientes atendidos por todos los médicos de un cierto día y turno y distribuidos uniformemente en el horario de el turno seleccionado. Esto se realizó tomando los horarios de cada consultorio en columnas e inician cada sesión con horarios consecutivos de consultorios consecutivos, esto es que el primer día se toma la consulta de las 8 am del consultorio 1, la de las 8:30 del consultorio dos, etc. Al día siguiente se iniciaba con la consulta de las 8:00 en el consultorio dos y las 8:30 en el consultorio tres con lo que ese día la primera entrevista del consultorio uno era la de las 10 hrs. Un residente les explicó la naturaleza voluntaria del estudio y en caso de acceder se les aplicaba el cuestionario. Posteriormente se revisaba el expediente para completar algunos datos y corroborar si el paciente había proporcionado información fidedigna en otros y para determinar si llenaba los criterios de inclusión.

Numero de sujetos:

Se consideró que la realización de 30 entrevistas por turno de consulta (matutino, vespertino y viernes) podría dar una primera aproximación y generar estimados razonables para las diversas variables de interés.

Observaciones:

Se desarrollo un cuestionario con 27 preguntas (anexo A) que incluían los diversos temas de interés del estudio. Previamente a su aplicación se hizo una afinación del fraseo de las preguntas después de una prueba piloto en 10 pacientes.

Variables de interés: Satisfacción del paciente, medida a través de la respuesta conjunta a un cuestionario de 27 preguntas acerca de la atención y de sus impresiones en la consulta que acababa de recibir. El formato era estructurado de opción múltiple. Al final del cuestionario se solicitó al paciente la ponderación de aspectos selectos de su atención en el Instituto, (1 el mas importante, y 8 el menos). Así mismo se le solicitaba que calificara al Instituto en una escala de 0 a 10, para cada uno de los rubros que el paciente acababa de ponderar.

Otras Variables de interés o con potencial de confusión:
Simultáneamente a la realización del cuestionario se recabaron

los siguientes datos: sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad máxima, clasificación socioeconómica del INNSZ, fecha de llenado del cuestionario, y hora de su cita. Con el objeto de obtener información complementaria se recabó el nombre y número de expediente del paciente. Del expediente clínico se obtuvo información sobre el mes y año de ingreso al Instituto, su médico tratante y sus padecimientos.

Control de calidad de las variables: Se realizó una aplicación piloto inicial a 10 sujetos con el objeto de asegurar la comprensión por los pacientes de los diversos elementos del cuestionario. Posteriormente se llevó a cabo la evaluación de la reproductibilidad mediante la comparación de la respuesta de la primera mitad de los pacientes encuestados, en los diversos estratos, con la segunda que se realizó con 14 días de diferencia.

Consideraciones éticas:

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación en Humanos del Instituto Nacional de la Nutrición. Antes de la aplicación del cuestionario se solicitó consentimiento en forma verbal para la participación en el estudio. Toda la información sobre la identidad de los pacientes encuestados fue manejada

los siguientes datos: sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad máxima, clasificación socioeconómica del INNSZ, fecha de llenado del cuestionario, y hora de su cita. Con el objeto de obtener información complementaria se recabó el nombre y número de expediente del paciente. Del expediente clínico se obtuvo información sobre el mes y año de ingreso al Instituto, su médico tratante y sus padecimientos.

Control de calidad de las variables: Se realizó una aplicación piloto inicial a 10 sujetos con el objeto de asegurar la comprensión por los pacientes de los diversos elementos del cuestionario. Posteriormente se llevó a cabo la evaluación de la reproductibilidad mediante la comparación de la respuesta de la primera mitad de los pacientes encuestados, en los diversos estratos, con la segunda que se realizó con 14 días de diferencia.

Consideraciones éticas:

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación en Humanos del Instituto Nacional de la Nutrición. Antes de la aplicación del cuestionario se solicitó consentimiento en forma verbal para la participación en el estudio. Toda la información sobre la identidad de los pacientes encuestados fue manejada

de manera confidencial.

Métodos Estadísticos:

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas, relativas, porcentajes, mediana, promedio y desviación estándar, conforme resultó necesario. No se integró un índice a partir de las preguntas del cuestionario.

La respuesta de cada uno de los diversos ítems fue relacionada con la suma de las calificaciones que los pacientes dieron a los 8 ítems de la pregunta número 28. Que trataba sobre la adecuación de los servicios del INNSZ en las diversas áreas de interés (ver anexo A), primero en forma “cruda”, con puntajes que van de 0 como lo peor a 80 como lo mejor obtenible, y luego, ponderada por el grado de prioridad del rubro asignado por el propio paciente. Es decir, la calificación asignada para un cierto rubro fue multiplicada por el recíproco del grado de prioridad (1=máximo, 8= mínimo). A este último se le llamó calificación ponderada, y debe interpretarse como óptima si alcanzaba un valor de 27.2 y pésima si era de 0.

Para efectos de análisis, tanto la calificación cruda como la ponderada fueron recodificadas en 4 categorías, de acuerdo a su distribución cuartilar, para conocer la distribución conjunta de las respuestas a los ítems precedentes (1-27) de acuerdo al ordenamiento referido.

Para las comparaciones estadísticas se utilizaron las pruebas de chi cuadrada y Kruskal-Wallis. Para cuantificar la

de manera confidencial.

Métodos Estadísticos:

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas, relativas, porcentajes, mediana, promedio y desviación estándar, conforme resultó necesario. No se integró un índice a partir de las preguntas del cuestionario.

La respuesta de cada uno de los diversos items fue relacionada con la suma de las calificaciones que los pacientes dieron a los 8 items de la pregunta numero 28. Que trataba sobre la adecuación de los servicios del INNSZ en las diversas áreas de interés (ver anexo A), primero en forma "cruda", con puntajes que van de 0 como lo peor a 80 como lo mejor obtenible, y luego, ponderada por el grado de prioridad del rubro asignado por el propio paciente. Es decir, la calificación asignada para un cierto rubro fue multiplicada por el recíproco del grado de prioridad (1=máximo, 8= mínimo). A este último se le llamó calificación ponderada, y debe interpretarse como óptima si alcanzaba un valor de 27.2 y pésima si era de 0.

Para efectos de análisis, tanto la calificación cruda como la ponderada fueron recodificadas en 4 categorías, de acuerdo a su distribución cuartilar, para conocer la distribución conjunta de las respuestas a los items precedentes (1-27) de acuerdo al ordenamiento referido.

Para las comparaciones estadísticas se utilizaron las pruebas de chi cuadrada y Kruskal-Wallis. Para cuantificar la

asociación entre las variables se utilizó el coeficiente C de Cramer si eran de tipo Nominal y el coeficiente r de Spearman si eran de nivel ordinal o dimensional. En ambos casos un valor cercano o igual a 1 hablan de una alta asociación entre las variables. El nivel de alfa se estableció en 0.05. (13)

Resultados:

El cuestionario se aplicó a 98 pacientes de los cuales 3 fueron excluidos por ser reingresos y uno por ser paciente extemporáneo. Se analizaron las respuestas de 94 pacientes de los tres turnos de la consulta.

Se analizaron un total de 94 entrevistas las que se realizaron en un tiempo promedio de 20 minutos. Se excluyeron dos pacientes por información inconsistente con su expediente.

En la tabla 1 se resumen las características sociodemográficas de los 92 pacientes restantes; 62% eran mujeres, con una escolaridad mediana de secundaria y clasificación socioeconómica mediana de nivel B (A lo mas bajo y J lo mas alto). La distribución en los turnos de consulta, matutino, vespertino y de viernes fue 40%, 44% y 16% respectivamente. En términos de escolaridad, 56% tenían estudios de secundaria o superiores y 27% se describieron como profesionales. El grueso de la población estudiada, 61% se concentraba en las clasificaciones socioeconómicas B y C.

Las razones aceptadas para acudir al Instituto, citadas

asociación entre las variables se utilizó el coeficiente C de Cramer si eran de tipo Nominal y el coeficiente r de Spearman si eran de nivel ordinal o dimensional. En ambos casos un valor cercano o igual a 1 hablan de una alta asociación entre las variables. El nivel de alfa se estableció en 0.05. (13)

Resultados:

El cuestionario se aplicó a 98 pacientes de los cuales 3 fueron excluidos por ser reingresos y uno por ser paciente extemporáneo. Se analizaron las respuestas de 94 pacientes de los tres turnos de la consulta.

Se analizaron un total de 94 entrevistas las que se realizaron en un tiempo promedio de 20 minutos. Se excluyeron dos pacientes por información inconsistente con su expediente.

En la tabla 1 se resumen las características sociodemográficas de los 92 pacientes restantes; 62% eran mujeres, con una escolaridad mediana de secundaria y clasificación socioeconómica mediana de nivel B (A lo mas bajo y J lo mas alto). La distribución en los turnos de consulta, matutino, vespertino y de viernes fue 40%, 44% y 16% respectivamente. En términos de escolaridad, 56% tenían estudios de secundaria o superiores y 27% se describieron como profesionales. El grueso de la población estudiada, 61% se concentraba en las clasificaciones socioeconómicas B y C.

Las razones aceptadas para acudir al Instituto, citadas

en mas del 89% de los casos, fueron; buena reputación, buena atención y bajo costo. La razón menos citada, con el 28%, fue la cercanía de su domicilio. (Tabla 2)

Al salir de la consulta, 73% de los pacientes describieron su estado de ánimo como feliz, 81% referían sentirse satisfechos y 70% expresaron una sensación de mejoría con el sólo hecho de haber tenido una consulta. (Tabla 3)

La mayoría de los pacientes consideró el tiempo de espera como regular(intermedio), tanto antes como después de sus consultas (Tabla 4).

La mayoría de los pacientes consideraron el trato por el personal como bueno y muy bueno, esto con la notable excepción del trato por el personal de vigilancia que fue considerado por el 27% de los pacientes como malo o pésimo. (Tabla 5).

Las condiciones de la sala de espera fueron consideradas buenas o muy buenas por el 54% de los encuestados y malas o pésimas en el 10%.

En la tabla 6 se presentan los resultados relativos a la apreciación del médico por el paciente. La gran mayoría identificaron actitudes de cortesía por parte de su médico y supieron identificarlo por nombre. Más del 90% de los enfermos expresaron “ estar a gusto” con su médico y sentir confianza en él.

Con cifras de 85% o más los pacientes expresaron su satisfacción con la claridad en la información que les

proporcionó el médico sobre sus problemas de salud, evolución, terapéutica y pronóstico (Tabla 7).

Entre los pacientes encuestados, 82% afirmaron conocer su enfermedad pero solo 88% de ellos conocían correctamente su diagnóstico. Solo 5% de los pacientes considero inapropiadamente lenta la velocidad de solución de sus problemas de salud, mientras el 88 % la consideró adecuada (Tabla 8).

Los aspectos prioritarios para el paciente resultaron ser, en orden de importancia (mayor a menor): la solución de sus problemas de salud, la capacidad percibida de los médicos, la modernidad del instrumental médico, la comunicación adecuada con su médico, la puntualidad en el servicio, la amabilidad de quien le atiende y la comodidad en las instalaciones. En los primeros cuatro aspectos, el Instituto recibió las calificaciones más altas asignadas por los pacientes, entre 9 y 9.5. (Tabla 9)

En la tabla 10 se resumen los datos de las calificaciones otorgadas por los pacientes al INNSZ. La suma promedio fue de 70.4 (máximo=80) y la suma ponderada de 21.9 (máximo=27.2). No se encontraron diferencias significativas para estos índices al compararlos por sexo o turno de atención. Al analizar los datos sociodemográficos con las calificaciones al INNSZ sólo destaca que los pacientes de clasificaciones socioeconómicas más bajas y de mayor edad tienden a calificar de manera más benévola al Instituto, con un coeficiente de -

0.23 y 0.25, con una $p < 0.05$ y $p < 0.02$, respectivamente. (Tabla 11)

En las tablas 12a a 12j se muestran los coeficientes C de Cranier al asociar los diversos items del cuestionario con las calificaciones al INNSZ. De lo positivo, destaca que los aspectos relacionados al tiempo (tabla 12d) parecen influir la impresión del paciente, fundamentalmente en lo relacionado a la conveniencia del horario. Así mismo, el trato del personal médico y para médico también ejerce una influencia significativa (tabla 12c). Llama la atención que no obstante que una alta proporción de pacientes mostraron estar a disgusto con el trato del personal de vigilancia, esto no mostró correlación significativa con la calificación asignada al Instituto. También la impresión acerca de la infraestructura física del Instituto mostró un nivel de asociación significativo.

Posiblemente los niveles de asociación mas altos observados son aquellos relacionados a la claridad de la información proporcionada por el médico y la confianza que el paciente sintió hacia este con coeficientes que oscilaron entre 0.21 y 0.39 (tabla 12h y 12i).

Discusión:

Con respecto a los datos sociodemográficos de los sujetos estudiados, son del todo semejantes a la población que ingresa al INNSZ, lo que le da representatividad a los resultados de este

0.23 y 0.25, con una $p < 0.05$ y $p < 0.02$, respectivamente. (Tabla 11)

En las tablas 12a a 12j se muestran los coeficientes C de Cranier al asociar los diversos items del cuestionario con las calificaciones al INNSZ. De lo positivo, destaca que los aspectos relacionados al tiempo (tabla 12d) parecen influir la impresión del paciente, fundamentalmente en lo relacionado a la conveniencia del horario. Así mismo, el trato del personal médico y para médico también ejerce una influencia significativa (tabla 12c). Llama la atención que no obstante que una alta proporción de pacientes mostraron estar a disgusto con el trato del personal de vigilancia, esto no mostró correlación significativa con la calificación asignada al Instituto. También la impresión acerca de la infraestructura física del Instituto mostró un nivel de asociación significativo.

Posiblemente los niveles de asociación mas altos observados son aquellos relacionados a la claridad de la información proporcionada por el médico y la confianza que el paciente sintió hacia este con coeficientes que oscilaron entre 0.21 y 0.39 (tabla 12h y 12i).

Discusión:

Con respecto a los datos sociodemográficos de los sujetos estudiados, son del todo semejantes a la población que ingresa al INNSZ, lo que le da representatividad a los resultados de este

estudio. Basados en el reporte del Departamento de Trabajo Social, entre Enero y Agosto de 1996 ingresaron 3666 pacientes. Estos pacientes tenían una distribución de sexo, edad, clasificación socioeconómica y escolaridad similar a la distribución encontrada entre los pacientes encuestados en este estudio. (14)

Al igual que múltiples estudios de la satisfacción del paciente con la atención médica proporcionada, el presente coincide en mostrar un aparentemente alto nivel de satisfacción de nuestros pacientes con la atención médica recibida. Sin embargo, en vez de llevarnos a la autocomplacencia, necesitamos conocer con mayor detalle los elementos de este concepto globalizado.

Esta variable, la satisfacción con la atención médica, se puede analizar desde dos puntos de vista: como una variable dependiente de diversos factores, como la auto-estima, las experiencias previas, la enfermedad y los servicios per se. Pero también se le puede analizar como una variable independiente que puede influir en la eficacia de la intervención médica y el apego a tratamiento.(15) La mayoría de los trabajos publicados, analizan este fenómeno, desde la primera perspectiva y también es nuestro caso.

Al interpretar nuestros resultados, es necesario tomar en cuenta que la encuesta se realizó en un periodo de transición de la consulta, en el cual la infraestructura era muy deficiente. Resultando en salas de espera sobrepobladas e incómodas, con

un personal de servicio sometido a presiones mayores que las usuales.

Algunos autores señalan que la satisfacción del paciente no depende tanto de los factores externos como de sus expectativas: el paciente cuyas expectativas se vean cumplidas o superadas estará satisfecho.(16,17,18,19) Si nuestros pacientes han tenido malas experiencias previas con instituciones de asistencia pública y sus expectativas son bajas, podríamos esperar altos grados de satisfacción. Pero en contra de esta posibilidad, otros estudios han encontrado que los pacientes de bajos recursos son mas escépticos y menos satisfechos que otros. (2,20,21)

En un meta-análisis de 221 estudios de satisfacción, se determinaron como los factores esenciales para determinar la validez de un estudio de este tipo: la especificidad, la dimensionalidad, lo directo de las preguntas y el tipo de atención médica evaluada. La especificidad la definen en este caso como un continuo que va desde la encuesta sobre un evento en particular, hasta preguntas sobre la atención en general. La dimensionalidad se refiere al numero de aspectos investigados, 76% de los estudios miden cuatro o menos aspectos relacionados con la atención médica. Lo directo de las preguntas implica si los investigadores infieren satisfacción en base a las respuestas a preguntas sobre la atención o si al paciente se le pide que califique específicamente los servicios. Por último, se refiere el tipo de atención evaluada. La mitad de

los estudios se han realizado en población ambulatoria. (17) De acuerdo con esto, el presente estudio cumple con estos criterios; detalla la impresión específica de una visita determinada, aborda múltiples aspectos relacionados con la atención, analiza calificaciones crudas y ponderadas, y fue realizado en población de pacientes ambulatorios.

Establecida la validez de nuestro trabajo, parece pertinente analizar que es importante para los pacientes. En análisis de 230 estudios ingleses, se encontró que los tiempos de espera son el aspecto que más preocupa a los pacientes. (17) En nuestra población la preocupación dominante se centra en los aspectos médicos y de comunicación. En el rubro de tiempos de espera solo una cuarta parte se mostraron satisfechos. Además, la puntualidad obtuvo la segunda calificación más baja de entre las características del INNSZ evaluadas por los pacientes. El aspecto que recibió la peor calificación fue la comodidad, pero como ya se mencionó, las encuestas se realizaron en condiciones precarias en cuanto al espacio físico.

La buena satisfacción de los enfermos mostró un significativo nivel de correlación con las variables relacionadas a una relación médico-paciente cercana. Por lo tanto, cobra mayor relevancia el actual sistema de atención continua de un paciente por un mismo médico a lo largo de al menos 2 años; diferente de lo que ocurría antes, o en otros sitios, con rotaciones breves por consulta externa con la resultante escasa relación medico-paciente.

La evaluación de la atención de la salud por medio de la satisfacción del paciente debe tomarse con algunas reservas. Algunos pacientes se pueden declarar satisfechos por desconocer otras alternativas de atención. La satisfacción depende de la experiencia reciente, lo que la vuelve un fenómeno dinámico, un paciente que esta satisfecho hoy, puede no estarlo mañana. El simple hecho de preguntar por la satisfacción, crea un sesgo hacia respuestas más positivas. (15) Estos son elementos que hacen necesario complementar las evaluaciones subjetivas de nuestros pacientes con datos “duros” sobre el desempeño de las diversas áreas de la atención. No debemos asumir que calificaciones que en su mayoría son aprobatorias, implican un nivel de atención óptimo.

Al comparar los resultados obtenidos con los de estudios similares surgen muchas similitudes y algunas diferencias interesantes. La metodología y los cuestionarios empleados no están estandarizados, las poblaciones difieren en sus perfiles étnicos y socioculturales, por lo que las comparaciones deben tomarse con reserva. En un estudio de 401 pacientes de la consulta externa de un hospital universitario en los EEUU, Mei-O et al, reportan que las mujeres y las personas de edad más avanzada tienden a calificar mejor la atención médica recibida, datos similares a lo que observamos en el INNSZ. En contraste estos autores refieren un mayor grado de insatisfacción entre los pacientes menos educados, justamente al contrario a lo percibido en nuestro caso. Un aspecto interesante que no se

evaluó en nuestro caso, fue la relación entre la satisfacción y el impacto económico familiar de la atención médica. Al categorizar los aspectos de la atención que eran importantes para el paciente, ellos encontraron, al igual que nosotros, que los aspectos de comunicación, modernidad de equipos y capacidad de los médicos fueron altas prioridades para el paciente. (16)

En un estudio de Roberts, que analiza y compara la satisfacción general de pacientes anglo-sajones y los denominados hispanos en una clínica ambulatoria de Texas, la correlación entre satisfacción y el sexo femenino solo se encontró entre los últimos. En este mismo estudio se identificó, al igual que en el nuestro, una correlación negativa entre la educación y la satisfacción, pero nuevamente sólo entre los hispanos. Por el contrario los anglosajones tienen una correlación positiva entre estos dos factores. Esto subraya como las diferencias culturales pueden generar resultados diferentes en un mismo ambiente de atención médica. (22)

Finalmente en el estudio de Rubin, de 17,671 pacientes, los aspectos relacionados con la interacción entre el médico y el enfermo fueron los que recibieron mejores calificaciones, superando a aquellos relacionados a los servicios paramédicos y de acceso. Esta es la misma tendencia observada en nuestros resultados. (9)

Conclusiones:

La satisfacción global de los pacientes que asisten de manera regular a la consulta externa de Medicina Interna es buena.

Se observó una fuerte correlación entre las variables que dependen de la relación medico-paciente y la satisfacción de los enfermos.

Un factor particularmente importante para la satisfacción del paciente lo constituye la información adecuada sobre su enfermedad, pronóstico y tratamiento.

Los aspectos relativos a puntualidad y comodidad son sólo medianamente importantes para los enfermos. El INNSZ obtuvo una buena calificación en los aspectos de la atención médica y sólo regulares calificaciones en los rubros de puntualidad, comodidad e instalaciones.

Es importante dar seguimiento a los hallazgos de esta investigación con encuestas similares de manera periódica, para determinar el efecto que los cambios de infraestructura o sistemas tienen en la apreciación de los pacientes y poder hacer así las modificaciones pertinentes.

Bibliografía:

1.-Cárdenas de la Peña, Enrique. Enlace SZ-INN, Crónica de un Instituto. Ed. Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubiran”; México 1991.

2.-Hulka, B.S., “Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary care” *Med. Care* 8:429, 1970.

3.-Maxwell, R.J. “ Quality assessment in health” *BMJ*; 1984; 288; 1470.

4.-Lebow, J.L. “Consumer assessments of the quality of medical care” *Med. Care* 12:328, 1974.

5.-Francis V. “Gaps in doctor-patient communication. 1 Doctor-patient interaction and patient satisfaction” *Pediatrics* 42:855, 1968.

6.-Zyzanski, S.J. “Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care” *Med. Care* 8:

429, 1970.

7.-Fitzpatrick, Ray "Surveys of patient satisfaction: Important general considerations" BMJ; 1991; 302; 887.

8.-Tarlov, R. et al "An application of methods for monitoring the results of medical care" JAMA; 1989; 262, 925.

9.-Rubin, R et al "Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings" JAMA; 1993; 270; 835.

10.-Ruiz, Cecilia "Lo que opinan los pacientes de los servicios del INNSZ" Rev Invest Clin 1990;42;298

11.-Cardiel-Rios, Mario "La calidad de la atención médica en el Servicio de Reumatología de un centro de tercer nivel vista a través de la satisfacción del paciente" Rev Mex Reumat 1993;8,3:136-141.

12.- Apostle, D.A "Factors that influence the public's view of medical care". JAMA 202; 592, 1967.

13.-Siegel, s y Castellan N.J. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. 2nd Ed. New York, McGraw Hill Book Co.

14.-Departamento de Trabajo Social INNSZ. Reporte 1995

de Trabajo Social de la Consulta Externa ,Documento interno del INNSZ (no publicado)

15.-Rugger, M. "Patients´ and relatives´ satisfacion with psychiatric services: the state of the art of its measurement." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 29:212-227, 1994

16.-Hsieh, Mei-O y Kagle, J. "Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care" Health and Social Work 16:281,1991

17.-Carr-Hill, Roy. "The measurement of patient satisfaction" Journal of Public Health Medicine 14:236-249, 1992

18.-Linder, Susie. "Toward a theory of patient satisfaction" Soc Sci Med 16:577-582, 1982

19.-Linder, Susie. "Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis" Soc Sci Med 16: 583-589, 1982

20.-Hulka, B. "Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective" Medical Care 1975;13:648.

21.-Hulka, B. "A method of measuring physicians' awareness of patients' concerns" HSMHA Health Reports; 1971;86; 741.

22.-Roberts, Robert et al "Assesing the client satisfaction questionnaire in english and spanish" Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 6:385-395

22.-Francis, V. " Gaps in doctor-patient communication. Patient ´s response to medical advice" N. Engl. J. Med. 280:535, 1969.

23.-Zyzanski, S.J. "Satisfaction with medical care in a low income population" J. Chronic Dis. 24:661, 1971.

24.-Jaco, E.G. "Medical care: its social and organizational aspects" N. Engl. J. Med. 291:18, 1963.

25.-Zyzanski, S.J. "Scale for the measurement of 'satisfaction' with medical care: modifications in content, format and scoring" Med. Care 12:611, 1974.

26.-Hill, J "Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic" Ann Rheum Dis 1992;51;195.

27.-Savage, Richard & Armstrong, David. "Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study" BMJ; 1990; 301; 968.

28.-Rashid, Aly et al "Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction" BMJ; 1989; 299; 1015.

TABLA 1
CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS
SUJETOS ENCUESTADOS

	N	%
SEXO		
M	57	62
F	35	38

TURNO DE ATENCION

MATUTINO	36	40
VESPERTINO	40	44
VIERNES	15	16

ESCOLARIDAD

ANALFABETA	4	5
HASTA 3º DE PRIMARIA	10	13
HASTA SECUNDARIA	28	37
HASTA PROFESIONAL	33	44

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA:

A-B-C	66	77
D-E-F	15	17
G-H-I-J	5	6

TABLA 2

RAZONES ACEPTADAS PARA ASISTIR AL INNSZ:

	TOTAL DE EVALUABLES	RESPUESTAS AFIRMATIVAS	
		N	%
BUENA REPUTACION	89	86	97
BUENA ATENCION	86	81	94
BAJO COSTO	85	76	89
FALTA DE RECURSOS	82	58	70
NO TIENE OTRA OPCION	79	32	40
POR COSTUMBRE	79	31	39
CERCANIA	78	22	28
NO SABE	31	7	23

TABLA 3

ESTADO DE ANIMO DESPUES DE LA CONSULTA:

	N	%
ANIMO		
TRISTE	3	4
FELIZ	60	73
NO SABE	19	23
SATISFACCION		
SATISFECHO	67	81
INSATISFECHO	3	4
NO SABE	12	15
BIENESTAR		
MEJOR	57	70
IGUAL	13	16
PEOR	1	1.2
NO SABE	11	13

TIEMPO DEDICADO A LA CONSULTA:

	N	%
MUCHO	4	4
SUFICIENTE	79	87
POCO	8	9

TABLA 4
APRECIACION DEL TIEMPO

TIEMPO DE ESPERA:

	DEMASIADO		REGULAR		POCO	
	N	%	N	%	N	%
ANTES DE LA CONSULTA	15	17%	55	61%	20	22%
DESPUES DE LA CONSULTA	19	21%	47	52%	24	27%
ANTES DE PAGAR	7	08%	56	61%	29	32%

FRECUENCIA DE LAS CITAS:

	N	%
DEMASIADA	6	7
REGULAR	72	80
POCA	12	13

TABLA 5

TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL:

	MUY BUENO		BUENO		REGULAR		MALO		PESIMO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RECEPCIONISTAS	28	31	35	39	26	29	0	0	2	2
MEDICOS	68	74	20	22	4	4	0	0	0	0
AUXILIARES	39	43	31	33	18	20	2	2	0	0
VIGILANTES	22	24	27	30	17	19	13	14	12	13

TABLA 6
APRECIACION SOBRE EL MEDICO
POR EL PACIENTE

	SI		NO	
	N	%	N	%
¿LO SALUDO SU MEDICO ?	88	97	2	3
¿SE LEVANTO SU MEDICO?	72	80	18	20
IDENTIFICO CORRECTAMENTE EL NOMBRE DE SU MEDICO	71	77	21	23*
SE SIENTE A GUSTO CON SU MEDICO	87	98	2	2
TIENE CONFIANZA EN SU MEDICO	87	96	4	4
SIENTE CONFIANZA DE DECIRLE CUANDO NO SIGUE INDICACIONES	86	95	5	5

* INCLUYE 6 PACIENTES QUE CREYERON CONOCER EL NOMBRE DE SU M'EDICO,
PERO ERA ERRONEO

TABLA 7

**CLARIDAD EN LA INFORMACION
PROPORCIONADA POR EL MEDICO:**

	SI		NO	
	N	%	N	%
CLARIDAD EN PROBLEMAS	84	92	7	8
CLARIDAD EN EVOLUCION	82	93	6	7
CLARIDAD EN TRATAMIENTO	80	88	11	12
CLARIDAD EN PRONOSTICO	77	85	14	15

TABLA 8

CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD:

	N	%
SI	76	82
<i>CORRECTO</i>	67	88
NO	16	18

RAPIDEZ EN LA SOLUCION DE LOS PROBLEMAS:

	N	%
SI	80	88
NO	5	5
NO SABE	6	7

TABLA 9

PRIORIDADES PARA EL PACIENTE

	LUGAR ASIGNADO AL RUBRO (Md , PROM., D.E.)*			CALIFICACION PARA EL INNSZ (Md , PROM., D.E.)*		
SOLUCION A SUS PROBLEMAS DE SALUD	1.5	2.2	1.7	10	9	1.9
CAPACIDAD DE LOS MEDICOS	2	2.9	2.1	10	9.4	1.2
INSTRUMENTOS MODERNOS	4	4.3	1.6	10	9.3	1.4
COMUNICACION CON EL MEDICO	4	4.4	2.0	10	9.5	0.98
PUNTUALIDAD	5	5.1	1.8	8	8.2	1.9
GENTILEZA DEL PERSONAL	6	5.1	2.0	9	8.6	1.5
INSTALACIONES	6	5.7	1.7	8.5	8.2	1.6
COMODIDAD	7	6.4	2.1	8	8.0	1.7

*Md= Mediana, Prom=promedio aritmético y D.E.= desviación estandar

TABLA 10

INDICES AGREGADOS DE CALIFICACION AL INNSZ:

	PROMEDIO	D.E.	P25	P50	P75*	MAXIMO OBTENIBLE
SUMA	70.4	9.0	67	73	76	80
SUMA PONDERADA	21.9	3.5	20.8	22.8	24	27.2

*P25=percentil 25, P50=percentil 50 o mediana, P75=percentil 75

TABLA 11

CORRELACION ENTRE RASGOS SOCIODEMOGRAFICOS Y CALIFICACION AL INNSZ:

	SUMA		SUMA PONDERADA	
	r_s^*	p	r_s^*	p
CLASIFICACION S/E	-0.23	<0.05	-0.10	NS
EDAD	0.25	<0.02	0.19	NS
ANTIGUEDAD EN EL INNSZ	0.10	NS	0.12	NS
ESCOLARIDAD	-0.06	NS	-0.15	NS

*Coeficiente de correlación de Spearman

TABLA 12a

CORRELACION ENTRE LASRAZONES ACEPTADAS PARA ASISTIR AL INNSZ Y CALIFICACION:

	SUMA		SUMA POND.	
	Coef. C*	P	Coef.C*	P
BUENA REPUTACION	0.17	0.44	0.21	0.31
BAJO COSTO	0.25	0.16	0.16	0.57
BUENA ATENCION	0.14	0.63	0.22	0.28
POR COSTUMBRE	0.25	0.18	0.21	0.35
NO TIENE OTRA OPCION	0.28	0.11	0.19	0.45
FALTA DE RECURSOS	0.31	0.05	0.18	0.45
CERCANIA	0.12	0.78	0.22	0.31
NO SABE	0.26	0.59	0.37	0.25

*C= coeficiente de correlación de Cramer

TABLA 12b

**ESTADO DE ANIMO DESPUES DE LA CONSULTA Y SU
CORRELACION CON LA CALIFICACION AL INNSZ:**

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
ESTADO DE ANIMO	0.17	0.60	0.15	0.70
SATISFACCION	0.21	0.39	0.13	0.78
BIENESTAR	0.26	0.59	0.27	0.13

TABLA 12c

**CORRELACION ENTRE LA APRECIACION DEL
TIEMPO DE ESPERA Y LA CALIFICACION AL INNSZ:**

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
ANTES DE LA CONSULTA	0.27	0.03	0.24	0.13
DESPUES DE LA CONSULTA	0.19	0.39	0.12	0.88
ANTES DE PAGAR	0.16	0.61	0.11	0.92

TABLA 12d

**CORREACION ENTRE LA CONVENIENCIA
DEL HORARIO DE CONSULTA Y LA CALIFICACION AL INNSZ:**

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
CONVENIENTE	0.29	0.05	0.35	0.017
APRECIACION DE UN ADECUADO TIEMPO DE CONSULTA	0.21	0.26	0.28	0.03
APRECIACION DE UNA ADECUADA FRECUENCIA ENTRE CITAS	0.12	0.84	0.22	0.23

TABLA 12e

**CORRELACION ENTRE EL TRATO
RECIBIDO POR EL PERSONAL
Y LA CALIFICACION AL INNSZ:**

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
RECEPCIONISTAS	0.28	0.016	0.20	0.32
MEDICOS	0.27	0.034	0.32	0.006
AUXILIARES	0.29	0.008	0.27	0.027
VIGILANTES	0.19	0.35	0.15	0.78

TABLA 12f

**CORRELACION ENTRE LA IMPRESION
DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CALIFICACION AL INNSZ:**

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
SALA DE ESPERA	0.40	0.00	0.27	0.02

TABLA 12g

**CORRELACION ENTRE LA
CORTESIA DEL MEDICO Y
LA CALIFICACION AL INNSZ :**

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
SI LO SALUDO SU MEDICO	0.17	0.46	0.16	0.55
SI SE LEVANTO SU MEDICO	0.32	0.03	0.33	0.02

TABLA 12h

CORRELACION ENTRE LA CLARIDAD EN LA INFORMACION Y LA CALIFICACION AL INNSZ:

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
CLARIDAD EN PROBLEMAS	0.21	0.26	0.27	0.04
CLARIDAD EN EVOLUCION	0.26	0.08	0.29	0.03
CLARIDAD EN TRATAMIENTO	0.313	0.007	0.35	0.003
CLARIDAD EN PRONOSTICO	0.36	0.001	0.39	0.000

TABLA 12i

CORRELACION ENTRE LA IMPRESION DEL MEDICO Y LA CALIFICACION AL INNSZ:

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
SI ESTA A GUSTO CON SU MEDICO	0.25	0.14	0.29	0.07
SI TIENE CONFIANZA EN SU MEDICO	0.34	0.016	0.39	0.005

TABLA 12j

CORRELACION ENTRE EL CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y LA CALIFICACION AL INNSZ:

	SUMA		SUMA POND.	
	C	P	C	P
SI CONOCE SU ENFERMEDAD	0.22	0.21	0.26	0.13

Anexo 1

Cuestionario de la Consulta Externa de Medicina Interna

Nombre: _____ **Turno de consulta:** _____
Sexo: F M **Edad:** _____ **Estado civil:** _____ **Fecha:** _____
Escolaridad: _____ **Ocupación:** _____ **Hora:** cita
Clasificación: _____ **Numero de expediente:** _____ **consulta**
Año de ingreso al INNSZ: _____ **entrevista**

1.-¿ Por que acude usted al INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION ? (Responder a cada una de las siguientes:)

Buena reputación (fama)	si _____	no _____
Bajo costo	si _____	no _____
Buena atención	si _____	no _____
Por costumbre	si _____	no _____
No tiene otra opción	si _____	no _____
Falta de recursos	si _____	no _____
Cercanía de su domicilio	si _____	no _____
No sabe	si _____	no _____

2.-¿ Como describir a su estado de ánimo despues de su consulta ? (Responder a cada una de las siguientes:)

A.-Triste _____ Feliz _____ No sabe _____
B.-Satisfecha _____ Insatisfecha _____ No sabe _____
C.-Mejor _____ Igual _____ Peor _____ No sabe _____

3.-Considera usted que el tiempo de espera antes de la consulta es:

Demasiado _____
Regular _____
Poco _____
No sabe _____

4.-Considera usted que el tiempo de espera despues de la consulta, hasta que le entregan su carnet es:

Demasiado _____
Regular _____
Poco _____
No sabe _____

5.-Considera usted que el trato del personal de recepción es :

Muy Bueno _____
Bueno _____
Regular _____
Malo _____
Pisimo _____
No sabe _____

6.-Considera usted que el trato del personal médico es:

Muy Bueno ___
Bueno ___
Regular ___
Malo ___
P_simo ___
No sabe ___

7.-Considera usted que el trato de las auxiliares de enfermería (personal de rosa o azul claro) es:

Muy Bueno ___
Bueno ___
Regular ___
Malo ___
P_simo ___
No sabe ___

8.-Considera usted que el trato del personal de vigilancia es:

Muy Bueno ___
Bueno ___
Regular ___
Malo ___
P_simo ___
No sabe ___

9.-Considera usted que el tamaño y las condiciones de la sala de espera son:

Muy Buenas ___
Buenas ___
Regulares ___
Malas ___
P_simas ___
No sabe ___

10.-Considera usted que el tiempo que tarda para pagar es:

Demasiado largo ___
Regular ___
Poco ___
No sabe ___

11.-Considera usted que el horario asignado para sus consultas de Medicina Interna es:

Conveniente ___
Inconveniente ___
No sabe ___

12.-¿ Lo saludó su médico al llegar usted al consultorio ?

si ___
no ___
No recuerda ___

13.-¿ Se levantó su médico para saludarlo al entrar usted al consultorio ?

si ___
no ___
No recuerda ___

14.-¿ Sabe cuál es el nombre del médico que acaba de consultar ?

si ___ ¿ como se llama ? : _____ (Nombre y clave :)
no ___
No sabe ___

15.-¿ Esta usted a gusto con la atención de los médicos de la consulta de Medicina Interna ?

si ___
no ___
No sabe ___

16.-¿ Siente usted confianza en el médico que acaba de ver, para la atención de sus problemas ?

si ___
no ___
No sabe ___

17.-¿ Cree usted que la atención médica que recibe aquí es mejor que la que ha recibido en otros lugares ?

si ___
no ___
No sabe ___

18.-¿ Cree usted que su médico le ha dado una información clara sobre los problemas que tiene ?

si ___
no ___
No sabe ___
no quiere saber ___

19.-¿ Cree usted que su m_dico le ha dado una informaci_n adecuada sobre la evoluci_n de su padecimiento ?

si____
no____
No sabe____
no quiere saber____

20.-¿ Cree usted que su m_dico le ha dado una informaci_n adecuada sobre los planes para su tratamiento ?

si____
no____
No sabe____
no quiere saber____

21.-¿ Cree usted que su m_dico le ha dado una informaci_n adecuada sobre lo que puede esperar en el futuro con su enfermedad?

si____
no____
No sabe____
no quiere saber____

22.-¿ Conoce usted el nombre de la(s) principal(es) enfermedad(es) que tiene ?

si____ especifique_____ (Numero de Exp):
no____ _____

23.-¿ Siente usted suficiente confianza para decirle a su medico cuando no ha seguido alguna indicaci_n ?

si____
no____
No sabe____

24.-Cree usted que el tiempo que dedic_ su m_dico para la consulta que acaba de tener fue :

Mucho____
Suficiente____
Poco____

25.-Considera que su m_dico lo cita...

Demasiado frecuentemente____
Regular____
Demasiada poca frecuencia____

26.- Cuando presenta usted algun s ntoma nuevo (cuando tiene usted alguna molestia nueva), ¿ su m dico resuelve esto con prontitud ?

si ____
 no ____
 No sabe ____

27 - ¿ Son claras las indicaciones de su m dico ?

si ____
 no ____
 No sabe ____

28.- A continuaci_n le voy a pedir que me diga cual de los siguientes puntos es el que le importa mas de todos cuando viene al INNSZ,Cual despues ?.... asi hasta el final. (asignar numeros del 1 al 8 en la columna de la izquierda.)
 ¿ Que calificaci_n le da al Instituto en cada caracteristica ? (Llenar con calificaciones del 1 al 10 en la columna de la derecha.)

Prioridad para el paciente	Caracteristica	Calificaci3n
_____	Comodidad para ud. y sus acompa1antes	_____
_____	Atenci3n amable por el personal	_____
_____	Soluci3n de problemas de salud	_____
_____	Puntualidad en su atenci3n	_____
_____	Instalaciones limpias y bonitas	_____
_____	Optima capacidad de los m3dicos	_____
_____	Intrumentos m3dicos avanzados	_____
_____	Comunicaci3n amplia por el m3dico	_____
		total _____

A mi Madre