



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 20

TESIS

SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL  
PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA DE  
UN SERVICIO DE URGENCIAS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. SANDRA GABRIELA TAPIA LUQUE

TUTOR:

DRA. CONSUELO MEDECIGO MICETE

ASESOR METODOLOGICO:

DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑAN



GENERACION 2008 – 2010

MEXICO D. F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## **SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS. Tapia -Luque S.<sup>1</sup>, Micete C<sup>2</sup>., Vázquez Estupiñán F<sup>3</sup>.**

**Introducción:** La satisfacción del paciente, es un estado afectivo, derivado de la percepción del usuario hacia diferentes aspectos de la atención médica; incluyendo la relación médico. **Objetivo:** Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios de un hospital de segundo nivel con respecto a la relación médico paciente. **Diseño:** Estudio transversal analítico, en el servicio de Urgencias del H.G.Z. 24 de la Ciudad de México, periodo Abril-Mayo 2009, la muestra fue de 440 pacientes, muestreo por conveniencia, se aplicó un cuestionario a la salida de la consulta en el servicio de urgencias, previo consentimiento informado, se realizó análisis estadístico utilizando el programa SPSS y estadística descriptiva y análisis bivariado con medidas de asociación (OR) entre la satisfacción y las variables de estudio. **Resultados:** el 61.8% (185) de los pacientes reportó satisfacción en la actitud, manejando una satisfacción del 60% en un 40.2% y en la comunicación solo 37.7% (166) con una satisfacción del 60% en un 28.6%; las cualidades que más agradaron a los pacientes fueron la amabilidad 31.6%, "el ser atento con los pacientes" 28.4%, la explicación 17%; las características negativas fueron trato déspota 4.5%, mala explicación 3.9%, médico enojado 2.3%, el 87% de los pacientes no especificó alguna característica negativa; **Conclusiones:** No se encontró asociación de la satisfacción con la actitud y comunicación del médico con las variables estudiadas.

Palabras Clave: Satisfacción, relación médico- paciente, atención médica, urgencias.

---

<sup>1</sup>Residente Tercer año Medicina Familiar , <sup>2</sup>Área de Evaluación de Calidad en Salud, Investigador Área Psiquiatría HECM SXXI <sup>3</sup>.

## **Agradecimientos:**

Esta tesis, esta dedicada todos aquellos que a lo largo de este camino han dejado parte de ustedes en mi y en mi vida, a mis papas, a mi hermana y mi primo, a mis tíos , abuelita y toda mi familia, que han sabido estar de una u otra manera cuando los he necesitado, a mis amigos, el apoyo mas grande que he tenido, ha sido de ustedes, a mis maestros, a los médicos que me forjaron y me enseñaron a vivir la medicina como la vivo; a mis asesores, sin ustedes esto no hubiera sido posible, gracias por todos los momentos de apoyo y de aliento, gracias a mis compañeros, la residencia seria diferente sin ustedes, a todas esas personas que estuvieron ahí, están y seguirán rodeándome con sus recuerdos. Gracias.

## INDICE

	PAGINAS
RESUMEN	
TITULO	
I. MARCO TEÓRICO	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
IV. HIPÓTESIS	13
V. OBJETIVOS	14
VI. JUSTIFICACIÓN	15
VII. METODOLOGÍA	17
a. Población, lugar y tiempo de estudio	
b. Tipo de estudio	
c. Criterios de Inclusión	
d. Criterios de exclusión	
e. Criterios de eliminación	
f. Tamaño de la muestra	
g. Variables de estudio	
h. Descripción del estudio	
VIII. ASPECTOS ÉTICOS Y FACTIBILIDAD	26
IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29
X. DISCUSIÓN	45
XI. REFERENCIAS	46
XII. ANEXOS	52
a. Instrumento de evaluación	
b. Consentimiento informado	

## MARCO TEÓRICO

---

En su esencia, "calidad" significa conformidad con normas y al respecto Lee y Jones reconocieron, en su exploración del concepto de calidad, que estas normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. (1)

Si bien el tema de la calidad de vida esta presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la adopción del concepto dentro del campo de salud es relativamente reciente, con un auge en la década de los 90 y permaneciendo vigente en la actualidad. (2)

Se ha definido "calidad de la atención", como la atención que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que acompañan al proceso en todas sus partes, centrándose en términos de los atributos de los proveedores y su comportamiento (Cartwright, 1987; Hulka et al., 1971; Ware & Snyder, 1975; Riedel & Riedel, 1979) (3).

La Organización Mundial de la Salud la define como "el logro de un alto nivel de excelencia profesional y de satisfacción del paciente, la existencia de mínimos riesgos y el uso eficiente de los recursos" (3).

De acuerdo a Bounds (1994), la calidad ha evolucionado a través de cuatro eras: la de inspección (S. XIX), la del control estadístico del proceso (década de los treinta), la de aseguramiento de la calidad (década de los cincuenta), y la de la administración estratégica de la calidad total (década de los noventa) (1).

Los aspectos conceptuales y metodológicos de la calidad de la atención, publicadas a nivel nacional e internacional durante los últimos 10 años(4), se basan en el modelo desarrollado por Donabedian, integrado por tres grandes áreas: a) "la atención técnica", que comprende las bases científico-técnicas adquiridas por el médico, ésta presenta diferencias primarias, que se originan en la incertidumbre de la ciencia de la atención a la salud y las diferencias derivadas de características locales como los recursos humanos y materiales,

preferencias de los pacientes y los objetivos sociales; b) “el área interpersonal” incluye los aspectos relacionados con valores, normas, expectativas y aspiraciones en las transacciones paciente-proveedor,(5-10) comprende la relación médico-paciente; misma que ha jugado un papel importante desde los inicios de la medicina, a pesar de que la mayoría de las medidas terapéuticas eficaces no tienen mas de 150 años (6).

La relación médico-paciente, se define como un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos, que se dan como supuestos de los encuentros clínicos (8); es la base fundamental de un buen acto médico, ya que tiene connotaciones humanas, éticas, filosóficas, sociales y legales. No se limita solo al vínculo médico-enfermedad, ya que se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional. Se establece un compromiso mayor, una relación persona a persona con todo lo que esto involucra (8), tanto en términos de su efecto placebo como de su capacidad para tranquilizar, alentar la esperanza y favorecer la catarsis (6).

Para Laín Entralgo, la enfermedad genera en el paciente una serie de vivencias elementales: invalidez temporal o definitiva para realizar actividades habituales, molestia entendida como incomodidad o sufrimiento; amenaza percibida como riesgo para la vida o la función; soledad, dado que nadie comparte auténticamente sus vivencias, anomalía, ya que ha perdido la normalidad y recurso, así como uso de la enfermedad para lograr una ganancia secundaria.

De acuerdo con lo anterior, el médico, no solo tiene que identificar el diagnóstico nosológico, sino las expectativas del paciente y, sin son excesivas, acotarlas. En esta exploración tiene que formarse una idea de sus deseos, temores, preferencias, aprehensiones, valores y principios. Atender los síntomas que obligan al enfermo a buscar ayuda, pero también los que no, además realizar un diagnóstico de la competencia del paciente, a modo de involucrarlo en las decisiones y de confiar en su capacidad para contender con la enfermedad. Obviamente es más fácil atenerse al modelo reduccionista, en el que la atención es un servicio técnico mas y por eso hay mucha resistencia a abandonar ciertos patrones que caracterizaron a la medicina de antes. (7)

Esta interrelación está en crisis, pero no como fenómeno aislado, sino implícita en la modificación de la estructura social; consecuencia de la llamada “cultura light”, del posmodernismo de Lipovetzky, donde se practica una “ética indolora”, que a diferencia de la verdadera ética no impone limitaciones, obligaciones ni sacrificios.

Foucault ha señalado que vivimos en una sociedad básicamente disciplinaria, por que los soportes fundamentales de las instituciones modernas, entre las que se cuenta el hospital y la medicina en general, son la disciplina, el orden y la jerarquía; el médico dispone de menos tiempo para establecer esa relación “médico-paciente” que se logra solo a través de la confidencialidad y la profundización de una respetuosa anamnesis, de la intimidad del examen, de observar, palpar, auscultar, conocer su familia y su medio. Ese “todo” que representa integralmente al ser humano, enfermo y necesitado que acude a la consulta y que, a la vez, es indispensable para una adecuada interpretación diagnóstica y un correcto tratamiento.

Por supuesto, también la actitud del médico ha variado a través del tiempo. Drey y Hulka han propuesto una tipología de cuatro modelos posibles de esta relación que varían según la manera en que se vinculan los tres elementos presentes en la atención médica: el médico, el paciente y el problema (10): el paternalista caracterizado por ser el médico quien dispensa favores a un enfermo que no tenía derecho a reclamo; luego fue el médico que prestaba atención por obligación, se reconoce en esta etapa cierta posibilidad a reclamos del paciente; posteriormente se aceptan la autonomía y los derechos del paciente, así como el respeto por sus creencias y valores; recientemente se instala de forma progresiva la presentación consumista, relación entre quien presta un servicio y el que lo contrata; presentando una amplia gama de estas diferentes actitudes, una confusión en cuanto al verdadero rol del médico y del paciente.(9)

Podemos decir entonces que, la relación médico- paciente es una relación de poder, y la han definido como una relación típicamente social (10). A pesar de

lo mencionado, nuestra sociedad cree en la medicina, con fe en la sapiencia, experiencia y honestidad de quien la ejerce. (9)

El maestro Ignacio Chávez, hace un cuarto de siglo capturó el significado profundo de la calidad y la calidez cuando escribió: “El sufrimiento de la enfermedad no es puramente físico, está doblado casi siempre de un componente espiritual...La consulta médica no significa solo el deseo de acabar con la molestia orgánica, sino de segar el temor escondido, la angustia inconfesada. En la consulta el enfermo se entrega confiadamente al médico. Es el caso... de una confianza frente a una conciencia”. (10)

Todo lo anterior influye, para lograr que los pacientes participen con mayor efectividad en su propia atención así como el aspecto donde se engloban las “amenidades” o el ambiente físico de la atención que se refiere a las características del medio donde se proporciona esta, que las hacen aceptables o deseables y estas dependen de nociones culturales determinadas de lo que es bueno o correcto.(5-11) Donabedian agrega que “mas que legitimar una formulación sobre lo que es calidad, esta depende del sistema de atención y de la naturaleza y grado de responsabilidades”(12).

Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura (14).

En la evaluación de la calidad, se debe tomar en cuenta el desempeño de las subunidades de la organización y su personal, así como el acceso a la atención y la asignación de recursos. Ya que los pacientes son socios en la producción de la atención y a su vez contribuyen a la definición de calidad, pues depositan sus valores y expectativas acerca del proceso interpersonal, se convierten en los definidores primarios de lo que significa la calidad. Recordando que es importante juzgar lo que el paciente es propenso a hacer o no cuando se le recomienda un tratamiento y lo que realmente hace posteriormente.

Definimos como usuario o paciente a la persona que es impactada directamente por nuestro trabajo. En este sentido, es necesario identificar a las personas hacia las cuales dirigimos nuestro trabajo, de donde podemos establecer una primera división entre usuario interno refiriéndonos a nuestros compañeros de trabajo y los usuarios externos que son la población a la cual están dirigidos nuestros servicios; cuando hablamos de usuarios externos , no solo nos estamos refiriendo al paciente - persona que está sometida a un tratamiento médico - que sería el usuario directo, sino también a quienes como acompañantes del paciente son usuarios indirectos de los servicios de salud.(1)

Desde un punto de vista analítico, la perspectiva del cliente puede ser representada por los siguientes elementos: logro del objetivo médico (resultado alcanzado), modalidades y proceso desarrollado (manejo técnico), características del proceso interpersonal, nivel de comodidad, consecuencias fisiológicas, psicológicas y sociales (15).

Así pues la satisfacción representa la evaluación del paciente acerca de la calidad expresada como satisfacción o insatisfacción, esta puede ser detallada ya que puede concernir a cualquiera de los tres aspectos antes mencionados. (16-17)

Se considera a la satisfacción del paciente, como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente (17-18)

De acuerdo con la literatura, aunque no exista una definición única de calidad de la atención de la salud, la mayoría de los autores considera la “satisfacción del paciente” como un buen punto de partida en el análisis de la calidad (15).

Ramírez Sánchez, reporta que al concertar los juicios de los usuarios, asociados a los aspectos positivos y negativos de la atención y al caracterizar los conceptos asociados a la calidad de la atención como “dominio conceptual”,

cobran importancia los aspectos relativos a la dimensión que caracteriza el proceso de atención.

Al evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes en relación con la atención recibida y recabar información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo; documenta el desempeño laboral de los diferentes niveles y contribuye a la mejoría en la calidad de la atención, mediante el establecimiento de estándares de desempeño; a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad del usuario para hacer juicios de valor acerca de los aspectos técnicos de la atención (14).

Actualmente existe la tendencia, de reconocer en los ciudadanos, un nivel de autonomía muy superior al que el sistema sanitario les había dado hasta ahora. Los individuos no son recipientes pasivos, sumisos seguidores de las órdenes y recomendaciones de los “expertos”. (19)

A partir del estudio de Sheps sobre la importancia del desempeño laboral en la evaluación de los procesos, Freeborn y Greenlick propusieron una clasificación de métodos, donde consideraron como elementos fundamentales del análisis la capacidad profesional y técnica del trabajador, la satisfacción del paciente y la satisfacción del “proveedor”, integrando en su modelo aspectos de proceso y resultados.(20)

En este sentido la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como de los estudiantes, es importante, ya que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se de poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como de la atención misma. (21-22)

Si caracterizamos el curriculum del médico, podemos decir que este conlleva una gran cantidad de contenidos teóricos y prácticos hospitalarios, es decir, su enfoque es biólogo y clínico en un porcentaje muy alto. Se trata en efecto, de un curriculum educativo con énfasis en la individualización del hombre, considerándolo como un ser aislado de un todo social, conformado por aparatos y sistemas (23)

Desde hace más de diez años, CONAMED ha insistido en la importancia de establecer cátedras que inculquen las herramientas de la comunicación humana a los estudiantes de medicina, pues han encontrado que la comunicación inadecuada, es la principal causa de falta de seguimiento a las indicaciones y de demandas (24).

La evaluación de la calidad de la atención médica presenta retos significativos como; establecer juicios de valor para aspectos de la calidad eminentemente subjetivos, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación. (16)

Haas et al, refieren que la satisfacción tanto del médico como del paciente son respuestas complejas a valores individuales, actitudes, expectativas del encuentro y experiencias y que falta explorar la concordancia de la satisfacción de los pacientes y médicos en una interacción específica. (17-18)

El interés en la calidad de la atención médica en México, tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los propios usuarios de los servicios institucionales, sino también en el deseo de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud, que se manifiestan en la cobertura y en la misma calidad de los servicios.

Ruelas y Querol señalan que “puede afirmarse con certeza que la desigualdad más grave en el sistema de salud ya no se da exclusiva ni principalmente en la cobertura, sino en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales”. “La calidad, es pues, un derecho que debe ser garantizado, por lo

tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones que los conforman” (2).

En México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Infante ha documentado los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y encontró que los motivos de queja se podían agrupar en nueve rubros; de éstos, los problemas específicos de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado, se identificó un substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental.

Otros dos factores descubiertos por Infante, se refieren a la elevada incidencia de quejas debidas a problemas de comunicación asociada a diferencias culturales entre el médico y el paciente, y una posible asociación de problemas comunicativos relacionados con aspectos organizacionales de la atención médica. Independientemente de la queja del paciente, la cultura y las dificultades administrativas de los servicios de salud, deben ser fenómenos de interés en el estudio de las habilidades de comunicación en la relación médico-paciente. (24)

Este estudio cobra importancia ya que recientemente las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Sector Salud y el propio Ejecutivo Federal han manifestado su interés por conocer la calidad con que se otorgan los servicios de salud, como punto de partida para promover su mejoría.(25) En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud realizada en el año 2000, se encontró que cuatro de cada diez mexicanos pobres se quejaban de: la falta de amabilidad del personal médico, la información insuficiente y poco conocimiento del mismo personal de los servicios de salud, entre otros aspectos importantes. (1,2, 21, 26-36)

Así mismo la “Encuesta de Calidad y Calidez” del Instituto Mexicano del Seguro Social, informó que 80% de los usuarios estuvo satisfecho con la relación médico paciente, la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México, realizada en 1994 mostró en forma coincidente con los datos de

Ramírez Sánchez, que 82% de los usuarios piensan que la calidad general de los servicios de salud es buena.(4) Todos estos estudios no hacen distinción entre consulta externa y la consulta derivada de los servicios de urgencias, la cual es única ya que no se conoce al médico tratante.

En España refieren que, la actividad asistencial realizada en los servicios de urgencias no ha sido adecuadamente tomada en cuenta al desarrollar los sistemas y contratos de gestión, por lo que no se ha podido realizar hasta ahora una evaluación comparativa de la calidad y cantidad de sus prestaciones, entre otras razones por la inexistencia de un conjunto definido de indicadores que sirvan como sistema de medida común y homogénea para todos ellos. (37)

En los servicios de urgencias los pacientes y familiares presentan frecuentemente una alta carga de ansiedad ante lo súbito y grave del proceso clínico que les ocupa así como una expectativa de solución rápida a su problema, que frecuentemente se ve frustrada. Por todo ello los profesionales del servicio deben tener experiencia y formación para manejar estas situaciones, dedicando tiempo a informar y adoptando una actitud empática. Por otro lado en las condiciones actuales la relación médico-paciente es difícil, y en ocasiones la confrontación excede a lo tolerable y crea una situación de auténtico riesgo para el profesional y de gran confusión para el usuario, con lo que se gesta el conflicto que lleva en algunos casos a las reclamaciones y demandas. (38)

En el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 24, se reportaron 22 quejas en el primer semestre del 2008 en el modulo de Orientación y Quejas del Servicio de Urgencias; 11 de éstas, se relacionan con la atención médico paciente. Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es obtener un primer acercamiento para evaluar el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la relación médico paciente en el servicio y hospital ya mencionados; dentro del rubro de quejas a nivel delegacional, se reportaron en

el 2008; 33 quejas recibidas, de las cuales 21 fueron improcedentes y solo 8 se consideraron procedentes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Los estudios de calidad en la atención, inician su desarrollo en el IMSS de manera extraoficial en la década de los 50.

En México, en 1956 el hospital de “La Raza”, realiza la revisión de expedientes en forma extraoficial, en 1957 forma la Comisión de Supervisión médica culminando en 1973 con las instrucciones de la correcta integración del expediente médico, como un esfuerzo para evaluar la calidad de la atención.(12)

En 1977, por decreto presidencial se establece que todas las dependencias de la Administración Pública Federal deberán contar con un Sistema de Orientación, Información y Quejas. Siendo hasta 1995 cuando se otorga un enfoque estratégico a la captación de las inconformidades del usuario y se considera esta información para medir la calidad de los servicios.

Se han realizado estudios sobre la calidad de la atención (en el área de la relación interpersonal y técnica) en distintas poblaciones y niveles de atención; ejemplos de esto son el programa de participación ciudadana que evalúa la consulta externa de primer nivel y urgencias en segundo nivel de atención, el monitoreo mensual de servicios estratégicos y la Encuesta Nacional de satisfacción; en estos no se mide en realidad la calidad de la atención (5,13) los datos son una combinación de expectativas del paciente antes de la consulta y la resolución del síntoma; motivo de su consulta; sin embargo no se toma en cuenta la relación médico paciente dentro de estas evaluaciones.

Es importante la evaluación de la calidad, en el área de la relación interpersonal, sobretodo en las consultas de urgencias, donde los pacientes acuden con urgencias sentidas o reales ya que solo hay una oportunidad de otorgar la consulta médica que satisfaga al usuario.

Este estudio cobra relevancia, ya que de acuerdo a la CONAMED, un porcentaje importante de las demandas reportadas en ese organismo, se dan

por problemas específicos de comunicación que propician una mala relación médico-paciente.(25) Por otro lado la evaluación en esta área nos va permitir identificar áreas de oportunidad para establecer estrategias de mejora y a futuro asegurar la permanencia de nuestra institución, además de contribuir a que la prestación de los servicios se logre con mayor calidad, eficiencia, sentido social y humanitario en beneficio de los pacientes usuarios.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

---

¿Cuáles son los factores asociados a la satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias (HGZ 24) respecto a relación médico paciente?

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

---

### Objetivo General

Estimar la frecuencia de pacientes satisfechos con la relación interpersonal médico paciente (actitud y comunicación por parte del médico) de los usuarios de un servicio de urgencias (HGZ 24)

Determinar los factores asociados a la satisfacción con la relación interpersonal médico paciente (actitud y comunicación por parte del médico) de los usuarios de un servicio de urgencias (HGZ 24)

### Objetivos específicos

Identificar las características sociodemográficas de la población que acude al servicio de Urgencias.

Determinar la frecuencia de satisfacción de acuerdo a edad, sexo, estrato socioeconómico, escolaridad, tipo de usuario y expedición o no de incapacidad del servicio de Urgencias.

## **HIPÒTESIS DE TRABAJO**

---

No requiere por tratarse de un estudio exploratorio.

## JUSTIFICACIÓN

---

Desde los cincuentas, para el IMSS las evaluaciones sobre calidad se vuelven importantes y en los ochentas, el gobierno pronuncio de manera explicita, a través de la Secretaria de Salud, la necesidad de mejorar la calidad de los servicios.(12)

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como objetivos garantizar el derecho humano a la salud, otorgar asistencia médica y prestar los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Esta institución ampara alrededor de 48 millones de mexicanos; para brindarles un mejor servicio ha emprendido una serie de reformas, entre las que destaca un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica. (12)

La relevancia de estudios sobre calidad incluyendo la satisfacción del paciente, no solo tienen un valor administrativo (insumos y materiales, costo-beneficio, etc.); cuándo se enfocan a la relación interpersonal, cobran valor médico al influir sobre el apego al tratamiento, así como a la sensación de mejoría después de acudir a la consulta médica.

Las necesidades de atención a la salud de la población podrán ser satisfechas en forma óptima cuando la calidad técnica y las relaciones interpersonales en los servicios, sean acordes con un diseño y un desarrollo organizacional satisfactorio dentro de un marco de valores socialmente establecidos.

La satisfacción de la relación médico-paciente en el servicio de urgencias cobra vital importancia debido a que los pacientes se encuentran en un estado de vulnerabilidad emocional y en una situación de conflicto. El médico puede lograr un impacto positivo, ofreciendo una atención de calidad que incluya una relación médico paciente adecuada y empatía hacia el paciente.

Se reconoce que el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con el área de quejas, contando con tres tipos diferentes de quejas: verbal, de buzón y de manera escrita; sustentándose en los artículos 296 y 76 de la ley del IMSS.

Así mismo, desde el año 2004, se cuenta con el SIQUEM (Sistema Institucional de Quejas Medicas), sistema informático que permite la identificación del número de quejas por cada unidad medica, el servicio involucrado, causa y motivo.(40)

Se conoce que en el 2004, el Hospital General de Zona No.24 presentaba el mayor numero de quejas a nivel delegacional, con un 37% del total de quejas; por otra parte, Pérez destaca, que la mayor parte de las quejas se suscitan en servicios de Urgencias, así lo demuestra con un 30% de todas las quejas para el 2006.

Se reporta que los servicios de urgencias en el 2006 generaron el 26% del total de las quejas a nivel institucional; ocupando el primer nivel de quejas la deficiencia en la atención, diagnostico o tratamiento y en siguiendo negativa de la atención falta de recursos y trato inadecuado.

En el 2006 se recibieron 729 quejas de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y 829 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); presentando un incremento del 4% con respecto al año anterior, recibiendo la Delegación Norte 65 quejas por la CNDH y 145 por parte de la CONAMED; siendo una de las delegaciones que recibió mas quejas.(40)

Se tienen recibidos por este medio en el año 2007 un índice de 3.97 quejas por cada 100, 000 usuarios.

Por último, no se han reportado en la literatura mexicana estudios realizados en el servicio de urgencias, que evalúen la relación médico paciente, lo que representa una oportunidad de investigación.

## **METODOLOGIA**

---

### SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Características del lugar donde se realizará el estudio:

Hospital General de Zona No.24. Es un hospital de segundo nivel de atención médica y servicio de urgencias adultos. Su área de influencia es de apoyo a las clínicas de medicina familiar No.20, 40, 44,41 y 49.

Los pacientes acuden referidos de estas unidades para atención de especialidades o al servicio de urgencias y hospitalización, ya sea referidos o por mutuo propio ante la necesidad de una atención de urgencias.

Presentó una afluencia de 65,124 consultas médicas de urgencias; en el año 2006.

#### 2. Encuesta o Instrumento de evaluación

Se utilizará el cuestionario GPAQ (General Practice Assesment Questionary), que evalúa los aspectos valorados por los pacientes. Se centra en la evaluación acerca de la accesibilidad, seguimiento y aspectos interpersonales de la consulta. Se utilizará la sección que destaca las habilidades comunicación y atributos de la relación interpersonal. Este cuestionario ha sido validado por Ramsay, Campbell y Bower (41-49) y utiliza preguntas tipo escala de Likert. Se realizó la traducción al español del cuestionario y posterior a ésta, una revisión realizada por un traductor titulado. Para la evaluación, utiliza porcentajes en un escala de 0 a 100 y utiliza la siguiente fórmula. Cada respuesta tiene un pontaje ponderado que va de: 1 al 6.

$$\text{Puntaje} = \frac{\text{puntuación media de preguntas} - \text{el valor más bajo posible}}{\text{Puntaje máximo de respuesta}} \times 100$$

El cuestionario se aplicó por una sola persona que fue la residente responsable del estudio.

## Diseño del Estudio

---

### 3.1 Tipo de estudio

<i>A. Por el control de la maniobra experimental</i>	
Observacional	
<i>B. Por la captación de la información</i>	Prolectivo
<i>C. Por la medición del fenómeno en el tiempo</i>	Transversal
<i>D. Por la presencia de un grupo control</i>	Analítico
<i>E. Por el tipo de recopilación de datos</i>	Encuesta
<i>F. Por la recopilación de la información</i>	Abierto

### 3.2 Grupo de estudio

Población usuaria al HGZ No.24, que acudan al servicio de urgencias médicas.

#### Criterios de inclusión:

Población usuaria al HGZ No.24 que reciban atención médica en el área de Urgencias.

Mayores de 18 años

Que acepten participar en el estudio

#### Criterios de exclusión:

Pacientes que por algún motivo médico o no médico no puedan contestar al cuestionario.

Pacientes que se nieguen a participar en el estudio

Pacientes que no hayan finalizado la consulta médica.

#### Criterios de eliminación:

Población no derechohabiente al HGZ No.24.

Pacientes que no terminen la consulta con el mismo médico.

### 3.3 Tipo y tamaño de la muestra:

Muestra no probabilística, de casos consecutivos.

Se realizó cálculo del tamaño de la muestra utilizando la fórmula, cuando se conoce el tamaño de la población.

El Hospital General de Zona numero 24, en su servicio de urgencias, anualmente proporcionó atención de Urgencias en un número de 65,124 consultas médicas; en el año 2006. Teniendo en cuenta como universo de estudio los 65,124 derechohabientes con lo que se calcula la muestra.

En un lapso de Abril a Mayo del 2009, se aplicaron 440 cuestionarios, para evaluar la interrelación médico paciente; distribuidos de forma homogénea en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.

$$n = \frac{N}{1 + N\delta^2}$$

$$n = \frac{N}{1 + N\delta^2} = \frac{65,124 \text{ pacientes urgencias 2006}}{1 + 65,124(0.05)^2} = \frac{65124}{65125(0.0025)} = \frac{65124}{163} = 400$$

$$n = 400$$

Calculando El 10% mas de la muestra, para compensar cuestionarios incompletos; para un total de 440 cuestionarios.

## **Definición de variables**

---

Identificación de variables:

a) Variable independiente: Edad, sexo, estrato socioeconómico, escolaridad, usuario, turno, deseo de incapacidad y tiempo de espera.

b) Variable dependiente: Satisfacción en la relación médico- paciente del usuario con las habilidades comunicacionales (proporcionar tiempo, atender las necesidades de los pacientes, escuchar, explicar o dar información y compartir las decisiones), atributos interpersonales (humanidad, cuidado, apoyo y confianza).

## Definición de variables

Variable	Definición		Escala de medición	
	Conceptual	Operacional		
V A R I A B L E S  I N D E P E N D I E N T E S	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Se va obtener a partir de la pregunta de la edad hasta el momento de la consulta.	Cualitativa nominal, agrupado en los siguientes : 18-21 años 22-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años 61-70 años 71-80 años 81 y mas
	Sexo	Características biológicas propias de cada género	Se registra en base al aspecto fenotípico	Nominal, con las siguientes categorías: Masculino Femenino
	Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico es el lugar que ocupa un individuo en la sociedad de acuerdo al conjunto de recursos económicos con los que cuenta.	Utilizando el método Graffar; de acuerdo al puntaje obtenido:  Estrato Alto 04-06 Medio Alto 07-09 Medio Bajo 10-12 Obrero 13-16 Marginal 17-20	Ordinal Categorica  1.Estrato alto 2.Medio alto 3.Medio bajo 4.Obrero 5.Marginal
	Escolaridad	Grado máximo de estudios realizado por el paciente	Por pregunta directa	Ordinal Categorica 1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5.Universidad 6.Postgrado
	Motivo de Consulta	Aquel estado clínico subjetivo y objetivo que pone o no en peligro la vida o la función de un órgano o sistema y que puede requerir atención medica inmediata o esperar un tiempo establecido a nivel internacional.	La información clínica del diagnostico obtenido de la nota médica.	Cualitativa Se registrara en base a los motivos de consulta, reportados por la División técnica de Información estadística en Salud.
Conducta del	Aquel grupo de indicaciones otorgadas por el	La información clínica de la nota médica, donde se	Categorica 1. Egreso 2. Ingreso a	

Médico tratante	médico posterior al proceso de atención medica.	indica el ingreso o egreso del servicio de Urgencias.	estancia breve. 3. Ingreso a hospitalización.
Tipo de Usuario	Persona con derecho a utilizar el servicio, de acuerdo a la clasificación usada por el IMSS.	Por pregunta directa	Categórica 1.Trabajador 2.Pensionado 3.Beneficiario padres 4.Beneficiario cónyuge 5.Beneficiario hijo 6.Seguro facultativo 7.Estudiante
Turno	Tiempo que abarca la jornada laboral del médico, durante la que ocurre la consulta.	Es el horario en el que se realiza la consulta.	Categórica: 1.Matutino 2.Vespertino 3.Nocturno 4.Jornada Acumulada
Percepción del requerimiento de incapacidad	La creencia del paciente de ameritar incapacidad por el motivo de consulta	Es la respuesta emitida por el paciente a la pregunta directa.	Categórica dicotómica :  Si No No aplica
Expedición de incapacidad	Es el certificado médico expedido por el profesional en el servicio de urgencias	¿Existe registro en el expediente clínico de expedición del certificado de incapacidad? Anotar número de días.	Categórica Si No
Tiempo de espera	Tiempo transcurrido desde la llegada del usuario a Urgencias hasta el momento de la entrevista	Se va obtener a partir de la pregunta del tiempo transcurrido de espera hasta el momento de la consulta.	Cuantitativa de razón 1.Menos de 15 minutos 2.De 16 a 30 minutos 3.De 31 a 60 minutos 4.Mas de 60 minutos
V A R I Satisfacción en la relación	Es el cumplimiento de las expectativas del paciente y la percepción de los	Actitud se considera a la respuesta que da el paciente a las	Dicotómica Se considerara satisfecho al obtener con la

<p>A B L E  D E P E N D E N T E</p>	<p>médico- paciente</p>	<p>servicios que ha recibido; valorado por la actitud que se define como el interés, preocupación, tiempo subjetivo dedicado a la consulta; y la comunicación, definida como la capacidad de interrogar, escuchar, capacidad de explicar el diagnóstico y el tratamiento y capacidad de ofrecer opciones al paciente.</p>	<p>preguntas 19 (el tiempo que el médico pasó con usted ¿fue?), 20 (la paciencia que tubo el médico ante sus preguntas ¿fue?), 21 (la actitud y preocupación del médico ¿fue?) y 22 (La actitud y preocupación de su médico fue).</p> <p>Se analizará con la siguiente fórmula:</p> $\frac{\text{Puntaje} = (\text{media de la puntuación de las preguntas} - \text{el valor más bajo posible}) \times 100}{\text{(Puntaje máximo de respuesta)}}$ <p>Comunicación se considera a la respuesta que da el paciente a las preguntas 15 (El médico, ¿qué tan profundamente pregunto sobre sus síntomas y su sentir?), 16 (El médico, ¿Que tanto escuchó lo que usted comentó?), 17 (¿Que tan a gusto se siente usted cuando el médico lo revisa?) y 18 (El médico, ¿Que tanto lo involucró en las decisiones de su tratamiento?).</p>	<p>formula descrita un porcentaje mayor al 60%.</p> <p>Se considerara no satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje menor de 59%.</p> <p>Escala ordinal.</p> <p>Se considerara satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje mayor al 60%.</p> <p>Se considerara no satisfecho al obtener con la formula descrita un porcentaje menor a 59%.</p>
---	-----------------------------	---	--	---

	<p>Se analizará mediante la siguiente fórmula :</p> <p>Puntaje = (media de la puntuación de las preguntas – el valor más bajo posible) x 100</p> <hr/> <p>(Puntaje máximo de respuesta)</p>	
--	---	--

## **Descripción general del estudio**

---

Este estudio se realizó en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona número 24; perteneciente a la delegación 1 del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social, se aplicó un cuestionario a los usuarios, diseñado ex profeso y validado el “General Practice Assessment Questionnaire” (GPAQ) (41-49). Previa realización de una prueba de pilotaje del instrumento, se aplicó a los pacientes de urgencias de filtro en los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno), así como en el horario de jornada acumulada; inmediatamente posterior a recibir la atención médica.

Se realizaron cuatro preguntas abiertas, en donde se evalúan las habilidades que los pacientes consideran mas significativas, bajo los rubros de : la mejor característica el médico, la peor característica del médico, la característica que el paciente identifico que se podría mejorar y la característica que el paciente considero que se podría cambiar.

## Factibilidad y aspectos éticos

---

La realización del estudio fue factible, puesto que se contó con el apoyo del personal directivo del HGZ No.24 y la cooperación voluntaria de los derechohabientes que asistieron al servicio de urgencias.

Es factible la realización del estudio, no habiendo inconveniente para no realizarlo ya que el cuestionario no requiere datos personales del paciente (es anónimo) y no se solicitan datos del médico. Se involucran consideraciones éticas, ya que se toma en cuenta los pensamientos, sentimientos, acciones y actitudes del usuario con respecto a la atención médica; apegándonos a los principios éticos universales que deben guiar cualquier investigación biomédica; presentando la característica de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia están presentes; la confidencialidad cobra relevancia en esta investigación, por lo que se considera necesario la realización de un consentimiento informado en el presente estudio.(50-51) **(Ver Anexo II)**

De acuerdo lo establecido en el Código de Núremberg, el cual aclara los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son: capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción, comprensión de los riesgos y beneficios implícitos, en relación a los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos entre los cuales mencionamos los siguientes: En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Realizándose conforme a lo acordado en 1964, por la Asamblea de la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki; siendo de relevancia para nuestro estudio los siguientes principios:

1. La investigación debe responder a un diseño científico.
2. Debe responder al principio de la proporcionalidad y considerar los riesgos predecibles, en relación con beneficios posibles.
3. Debe respetarse el derecho del ser humano sujeto de investigación, debiendo prevalecer su interés por sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
4. Debe obtenerse un consentimiento informado y respetar la libertad del individuo en cualquier momento del estudio.

## **Recursos**

---

### Recursos Humanos

- ❖ Médico residente del segundo año de la especialidad de Medicina Familiar.
- ❖ Asesores

### Recursos Físicos

- ❖ Las instalaciones del Hospital General de Zona No.24 del Instituto Mexicano del Seguro Social
- ❖ Hojas blancas
- ❖ Cuestionarios
- ❖ Lápices
- ❖ Goma
- ❖ Tabla con clip
- ❖ Computadora
- ❖ USB
- ❖ Paquetería especializada (Excel, SPSS)
- ❖ Impresora

### Recursos Financieros

- ❖ No requiere solicitud de financiamiento; los gastos correrán por cuenta del investigador.

## Análisis Estadístico

---

Se realizó el análisis estadístico, utilizando el programa SPSS, empleando estadística descriptiva: media, mediana, desviación estándar; frecuencias y porcentajes para evaluar en forma global e individual las preguntas del instrumento. Se realizó un análisis bivariado con medidas de asociación (OR) entre la satisfacción y las variables de edad, sexo, estrato socioeconómico, escolaridad, indicación al término de la consulta (ingreso, egreso), usuario, turno, percepción de requerimiento de incapacidad y actitud. Así como valor de p e intervalos de confianza.

La captura de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS versión 16.

## **Resultados**

---

De Abril a Mayo del 2009; se realizaron 440 entrevistas (de los que se invitó a participar, solo uno se negó). Se realizó una distribución uniforme de las encuestas en todos los turnos (ver cuadro 1).

### **Características de los pacientes**

Del total de los participantes; 55.2% correspondió al sexo femenino, 32% pertenecieron al grupo de edad de 60 años o más y 4.3% al grupo de 17 a 20 años; con respecto a la escolaridad, el 34.1% presento nivel de primaria, 9.3% son analfabetos y solo 9.8% contaban con nivel universitario. El estrato socioeconómico reportado fue de 36.4% para el estrato socioeconómico medio bajo y de 49.8% para obrero; el 60.2% de la muestra fue población beneficiaria. (ver cuadro 2)

### **Características de la atención**

De los pacientes trabajadores (175), 50.9% percibieron que requerían la incapacidad; misma que se otorgó solo a 39 pacientes (22.3%). El 36.4% de los pacientes reporto un tiempo de espera para recibir la atención de menos de 15 minutos y solo el 18% reporto mas de 60 minutos.(ver cuadro 3)

Los motivos de consulta por lo que los pacientes acudieron al servicio de urgencias, se desglosan en la tabla 4. El 65.7% fue dado de alta al termino de la consulta, 34.1% requirió estancia transitoria y solo el 0.2% fue hospitalizado. (ver cuadro 4)

### **Satisfacción con actitud y comunicación del médico**

Al evaluar la satisfacción con respecto a la actitud del médico, el 61.8% (272) de los pacientes reporto satisfacción y solo el 37.7% reportó satisfacción en el ámbito de la comunicación. Al analizar hacia el interior de cada dominio de ambas variables; se encontró que la mayoría de los pacientes evaluaron con una calificación de "bien" (ver cuadros 5 y 6)

Desglosando los porcentajes de satisfacción con respecto a la actitud, el 40.2% (177) reportó una satisfacción del 60%. Con respecto a la comunicación 28.6% (126) reportó una satisfacción del 60%. (ver cuadro 7)

Al interrogar con preguntas abiertas sobre las cualidades positivas y negativas del médico que otorgó la atención, se obtuvieron como cualidades que más agradaron: "amabilidad" 31.6% (139), el "ser atento con los pacientes" 28.4% (125), la "explicación otorgada por el médico" 17% (39), el "ser educado en la consulta" 14.3% (63), el ser "humano" (ponerse en el lugar del paciente) 8.9% (39), el "ser directo al hablar con el paciente" 5% (22); cabe señalar que el 25.5% (112) comentaron que "no hubo algo que les gustara de la atención médica".(ver grafico 1)

Dentro de las características negativas del médico se reportó: 4.5% (20) un trato déspota del médico al momento de otorgar la consulta, 3.9% (17) una explicación mala, 2.3% (10) que el médico se encontraba enojado al momento de la consulta, el 1.6% (7) que el médico era impaciente al momento de la consulta, el 1.1%(5) médico poco amable al momento de la consulta; el 88.2% (388) no encontró alguna característica negativa. (ver grafico 2)

El 83.9% de los pacientes consideró que no había aspectos que quisieran cambiar del médico que los atendió; el 16.1% restante respondió que les gustaría que los médicos cambiaran las siguientes características: a) la explicación, 5.5% (24); b) la actitud y paciencia del médico, 3.9% (17); c) que el médico sea más atento en la consulta, 3.4% (15); que no fuera déspota en su trato, 1.4%(6) y su manera de hablar o comunicarse,1.1% (5). (ver grafico 3)

Dentro de las características que desearían que se mejorarán; el 65.7% (289), consideró que no habría nada que deseará mejorar del médico del que recibió la atención; el restante 34.3% (150) consideró que se podrían mejorar los siguientes aspectos en el médico: la explicación 13.4% (59), el recibir un trato más "humano" 13.2% (58), que sea más paciente 9.1% (40), que sea más atento 3.6% (16), que los escuchara o resolviera sus dudas 3.2% (14), que

mejore aspectos en como habla o se comunica 2.5% (11) y que mejore su carácter 2% (58). (ver grafico 4)

### **Análisis Bi -variado**

En el análisis bi-variado que se muestran en los cuadros 8 y 9, no se encontró asociación de la satisfacción con actitud y comunicación del médico con las variables estudiadas.

Cuadro1. Distribución del grupo de estudio por turno

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
<b>Turno</b>		
Matutino	108	(24.5)
Vespertino	109	(24.8)
Nocturno	110	(25)
Jornada Acumulada Matutino	37	(8.4)
Jornada Acumulada Vespertino	40	(9.1)
Jornada Acumulada Nocturno	36	(8.2)

*Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24*

Cuadro2. Características de los pacientes estudiados en el servicio de urgencias

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	243	(55.2)
Masculino	197	(44.8)
<b>Edad</b>		
17 a 20	19	( 4.3)
21 a 30	54	(12.3)
31 a 40	74	(16.8)
41 a 50	85	(19.3)
51 a 60	67	(15.2)
60 y mas	141	(32)
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	41	( 9.3)
Primaria	150	(34.1)
Secundaria	119	(27)
Preparatoria	87	(19.8)
Universidad	43	( 9.8)
<b>Nivel Socioeconómico</b>		
Alto	1	( 0.2)
Medio Alto	40	( 9.1)
Medio Bajo	160	(36.4)
Obrero	219	(49.8)
Marginal	20	(4.5)
<b>Derechohabencia</b>		
Trabajador	175	(39.8)
Beneficiario	265	(60.2)

*Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24*

Cuadro3. Características de la atención del servicio de urgencias

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
<b>Percepción de requerir incapacidad</b>		
Si	89	(45)
No	109	(55)
No aplica	242	(55)
<b>Incapacidad otorgada</b>		
Si	39	(19.7)
No	159	(80.3)
No aplica	242	(55)
<b>Tiempo de espera</b>		
Menos de 15 min	160	(36.4)
De 16 a 31 min	132	(30)
De 31 a 60 min	69	(15.7)
Mas de 60 min	79	(18)

*Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24*

Cuadro 4. Motivos de Consulta

Variable	Frecuencia	(%)
<b>Diagnósticos</b>		
Otros Diagnósticos	85	(19.3)
Infecciones de Vías Respiratorias agudas	60	(13.6)
Infección de Vías Urinarias no especificada	57	(13)
Quirúrgicos	32	(7.3)
Otras enfermedades de Estomago, duodeno	29	(6.6)
Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial	19	(4.3)
Enfermedades Infecciosas Intestinales	18	(4)
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Asma	18	(4)
Colecistitis y Colelitiasis	17	(3.9)
Síndrome Coronarios Agudos	16	(3.6)
Gastritis y Duodenitis	15	(3.4)
Migrañas y otras cefaleas	14	(3.2)
Trauma o envenenamiento	14	(3.2)
Trastornos de Tejidos blandos	10	(2.3)
Otitis Media, trastornos de la Trompa de Eustaquio y Mastoiditis	9	(2)
Síndromes mal definidos	9	(2)
Insuficiencia Renal Crónica	8	(1.8)
Conjuntivitis	3	(0.7)
Dorsopatias	3	(0.7)
Sin diagnostico	3	(0.7)
Sana que acude por otros motivos	1	(0.2)
<b>Indicación</b>		
Alta posterior a la consulta	289	(65.7)
Estancia breve	150	(34.1)
Hospitalización	1	(0.2)

Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Cuadro 5. Satisfacción con respecto a la actitud del médico en el servicio de urgencias

Variable	Puntaje	Frecuencia	(%)
<b>Pregunta sobre síntomas</b>			
Moda 4 , DS 0.96 Promedio 3.95 , mediana 4			
Muy poco	1	20	( 4.5)
Poco	2	17	( 3.9)
Suficiente	3	38	( 8.6)
Bien	4	262	(59.5)
Muy bien	5	95	(21.6)
Excelente	6	8	(1.8)
<b>Tiempo</b>			
Moda 4, DS 0.93, Promedio 3.93, Mediana 4			
Muy poco	1	26	( 5.9)
Poco	2	57	(13)
Suficiente	3	148	(33.6)
Bueno	4	193	(44)
Muy bueno	5	16	(3.6)
Excelente	6	0	(0)
<b>Revisión</b>			
Moda 4 , DS 0.95, Promedio 3.7, Mediana 4			
Muy poco a gusto	1	34	( 7.7)
Poco a gusto	2	11	( 2.5)
Suficientemente Agusto	3	46	(10.5)
A gusto	4	320	(72.7)
Muy a gusto	5	24	( 5.5)
Excelente	6	5	( 1.1)
<b>Involucramiento en decisiones</b>			
Moda 4, DS 0.726, Promedio 3.6, Mediana 4			
Muy poco	1	14	( 3.2)
Poco	2	11	( 2.5)
Suficiente	3	105	(24)
Bien	4	300	(68.2)
Muy bien	5	9	( 2)
Excelente	6	1	(0.2)

Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Cuadro6. Satisfacción con respecto a la comunicación del médico en el servicio de urgencias

Variable	Puntaje	Frecuencia	(%)
<b>Explicación</b>			
Moda 4 , DS 1.190, Promedio 3.38, Mediana 4			
Muy pobre	1	66	(15)
Pobre	2	26	(5.9)
Suficiente	3	54	(12.2)
Buena	4	265	(60.2)
Muy buena	5	26	(5.9)
Excelente	6	3	(0.6)
<b>Escucha al paciente</b>			
Moda 4 , DS 0.825, Promedio 3.2, Mediana 3			
Muy poco	1	16	(3.6)
Poco	2	8	(1.8)
Suficiente	3	39	(8.9)
Bien	4	309	(70.2)
Muy bien	5	62	(14)
Excelente	6	6	(1.4)
<b>Paciencia</b>			
Moda 4 , DS 0.802, Promedio 3.7, Mediana 4			
Muy poca	1	15	(3.4)
Poca	2	15	(3.4)
Suficiente	3	62	(14)
Buena	4	320	(72.7)
Muy buena	5	21	(4.8)
Excelente	6	7	(1.6)
<b>Actitud y Preocupación</b>			
Moda 4, DS 0.625 rango 5			
Muy poca	1	9	(2)
Poca	2	9	(2)
Suficiente	3	61	(13.8)
Buena	4	328	(74.5)
Muy buena	5	29	(6.6)
Excelente	6	4	(1)

Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Cuadro7. Satisfacción de la atención en la relación médico paciente

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
<b>Satisfacción Actitud</b>		
Satisfechos	185	(61.8)
No Satisfechos	255	(38.2)
<b>Satisfacción Comunicación</b>		
Satisfechos	166	(37.7)
No Satisfechos	274	(62.3)

*Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24*

Cuadro8. Análisis bi variado de “Satisfacción en la actitud”

Variable	Satisfacción	No satisfacción	Total	OR (IC)
<b>Satisfacción por edad (X<sup>2</sup>= 1.365)</b>				
Menores de 60 años	191	109	300	1.276 (0.84 – 1.92)
Mayores de 60 años	81	59	140	
<b>Satisfacción por Sexo (X<sup>2</sup>=0.024)</b>				
Femenino	151	92	243	1.031 (0.70- 1.51)
Masculino	121	76	197	
<b>Satisfacción por tipo de beneficiario (X<sup>2</sup>=0.40)</b>				
Trabajador	105	70	175	0.88 (0.59 – 1.30)
Beneficiario	167	98	265	
<b>Satisfacción por Escolaridad (X<sup>2</sup>=0.04)</b>				
Analfabeto / Básico	117	74	191	0.95 (0.65 – 1.41)
Medio / Superior	155	94	249	
<b>Satisfacción por Estrato Socioeconómico (X<sup>2</sup>=0.73)</b>				
Marginal / Obrero	22	18	40	0.73 (0.38 – 1.41)
Medio / Alto	250	150	400	
<b>Indicación(x<sup>2</sup>=0.47)</b>				
Alta después de consulta	182	107	289	1.15 (0.77 – 1.72)
Hospitalización	90	61	151	
<b>Incapacidad (x<sup>2</sup>=1.65)</b>				
Si	180	101	281	1.29 (0.87 – 1.93)
No	92	67	159	

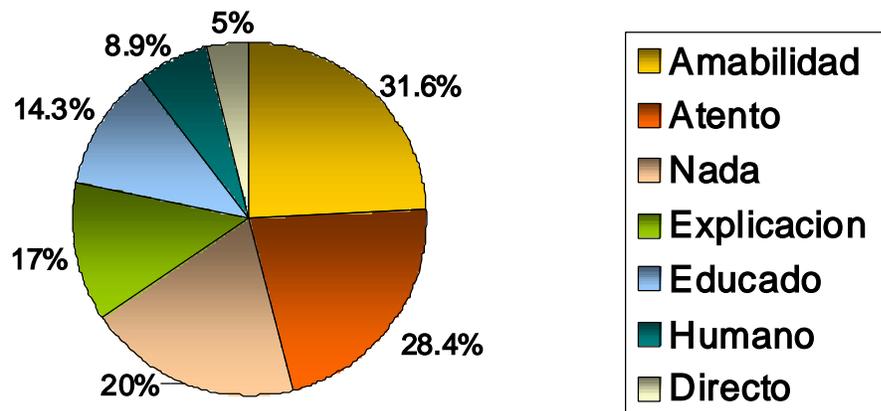
Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Cuadro9. Análisis bi variado de “Satisfacción en la Comunicación”

Variable	Satisfacción	No satisfacción	Total	OR (IC)
<b>Satisfacción por edad</b> ( $\chi^2= 1.19$ )				
Menores de 60 años	108	192	300	0.79 (0.52 – 1.19)
Mayores de 60 años	58	82	140	
<b>Satisfacción por Sexo</b> ( $\chi^2=0.73$ )				
Femenino	96	147	243	1.18 (0.80 – 1.74)
Masculino	70	127	197	
<b>Satisfacción por tipo de beneficiario</b> ( $\chi^2=0.36$ )				
Trabajador	63	112	175	0.88 (0.59 – 1.31)
Beneficiario	103	162	265	
<b>Satisfacción por Escolaridad</b> ( $\chi^2=0.64$ )				
Analfabeto / Básico	68	123	191	0.85 (0.57 – 1.25)
Medio / Superior	98	151	249	
<b>Satisfacción por Estrato Socioeconómico</b> ( $\chi^2=0.97$ )				
Marginal / Obrero	16	24	40	1.11 (0.57 – 2.15)
Medio / Alto	150	250	400	
<b>Indicación</b> ( $\chi^2=0.67$ )				
Alta después de consulta	113	176	289	1.18 (0.78 – 1.78)
Hospitalización	53	98	151	
<b>Incapacidad</b> ( $\chi^2=0.66$ )				
Si	110	171	281	1.18 (0.79 – 1.77)
No	56	103	159	

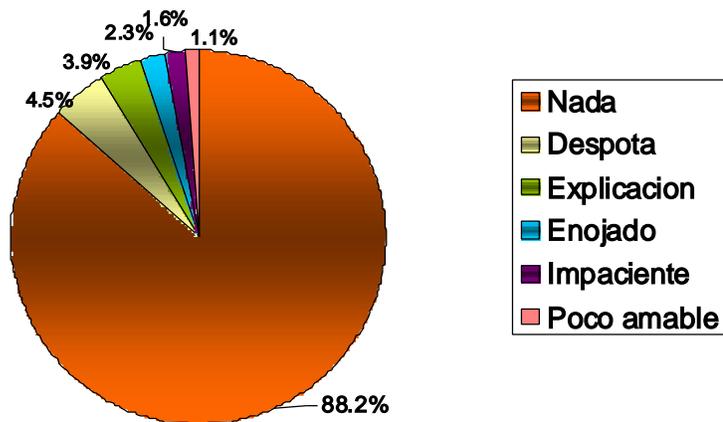
Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Grafico1. Característica del Médico que agrado al paciente



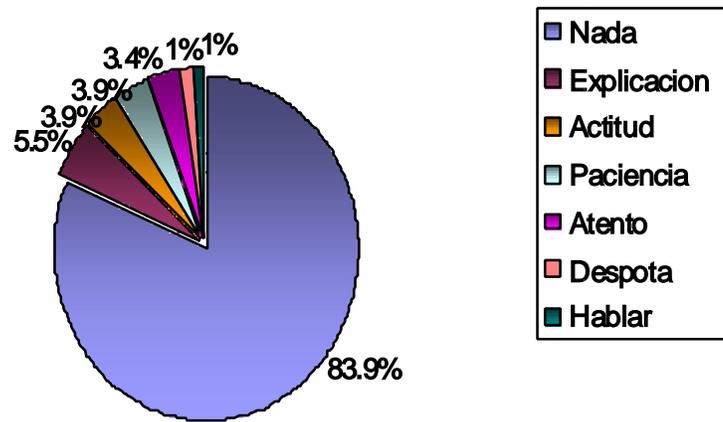
Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Grafico2. Característica del Médico que desagrado



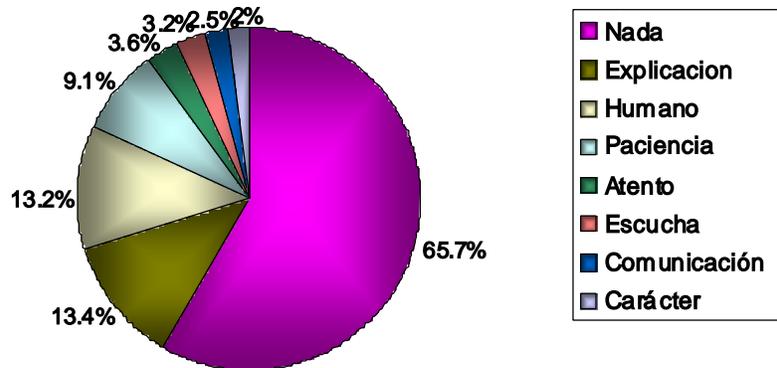
Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Grafico3. Característica que cambiaría del Médico



Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

Grafico4. Característica que mejoraría del Médico



Fuente: Encuestas Realizadas a Pacientes del H.G.Z. No.24

## Conclusiones

---

El porcentaje de pacientes que refieren estar satisfechos con la actitud y comunicación del médico (61.8% y 38%) es bajo, indicando que hay mayor problema con la comunicación.

El 40.2% de los pacientes que reportaron satisfacción hacia la actitud del médico, evalúan en 60% esta satisfacción. De los pacientes que reportaron satisfacción hacia la comunicación del médico el 28.6%, evalúan en 60% esta comunicación.

Al preguntar a los pacientes en forma libre, que les había agradado de las características de los médicos que las atendieron, un porcentaje alto definió alguna característica. Al preguntar en forma libre al paciente de las características que le desagradó del médico que le dio la atención, el 87% de los encuestados no especificó alguna característica.

En la población estudiada, el 68.2% considero como buena, su participación en la toma de decisiones para su tratamiento.

Al realizar el análisis bi variado, no se encontró asociación estadística significativa con la satisfacción ligada a edad, sexo, tipo de beneficiario, escolaridad, estrato socioeconómico, indicación después de la consulta médica de urgencias, expedición de incapacidad,

Cabe mencionar, que aunque no fue un objetivo específico, la medición del tiempo de espera, sólo el 36.4% de los pacientes reportaron que recibieron la atención en los 15 primeros minutos de haberla solicitado. De acuerdo a la tabla de los motivos de consulta, se aprecia que en un porcentaje alto pudieran no corresponder a una urgencia.

## Discusión

---

Recordando que la encuesta de calidad y calidez del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó en consulta externa, este estudio, representa una oportunidad como estudio exploratorio para evaluar la satisfacción en la relación interpersonal en los servicios de urgencias; en este estudio se reportó una satisfacción global similar a la reportada en otros estudios como La Encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención (elaborada en el Instituto Nacional de Salud Pública), nuestro estudio muestra que con respecto a la actitud del médico se encontró una satisfacción del 61.8% y del 37.7% con respecto a la comunicación; sin embargo, no se podría describir hasta que punto se presentó sesgo por parte de los médicos explorados, al darse cuenta de la realización del estudio.

Cabe recalcar que el cuestionario aplicado (GPAQ), en otros países se utiliza como un medio de autoevaluación, en la que los médicos libremente realizan las encuestas a sus pacientes como una medida de retroalimentación a su trabajo cotidiano. Será necesario implementar en un futuro estas evaluaciones, al igual que en otros países, de carácter personal; lo que nos permitirá retroalimentar activa e individualmente a nuestros médicos en los diferentes servicios y niveles de atención.(40-49)

Es interesante apreciar que aunque se presenta una satisfacción del 38.2% ; al momento de explorar mediante pregunta abierta, solo el 25% de los pacientes pudieron mencionar una característica que produjera insatisfacción; esto tendría concordancia con lo mencionado por Lavielle ; refiriéndose a los factores que con mayor frecuencia afectan la respuesta de los sujetos, son los sesgos derivados de la deseabilidad social (los pacientes reporten mayor satisfacción de la experimentada, debido a la creencia de que los comentarios positivos son más aceptables para el investigador) y de la tendencia a congraciarse (cuando los pacientes utilizan las encuestas para “ganarse” la aceptación del grupo de salud). (43,52-53)

Creemos importante la complementación del estudio, con los puntos de vista de los médicos que otorgan la atención, para evaluar si encuentran alguna otra variable que modifique el comportamiento del médico, como la sobrecarga de trabajo, el tiempo que se destina a la misma consulta de urgencias; entre otros.

Se deberán realizar otros estudios exploratorios dentro del ámbito comunicacional en el proceso de la relación médico- paciente para identificar los atributos negativos con los que nos desenvolvemos actualmente en el actuar médico,(utilizar un lenguaje más entendible para el paciente y otorgarle más libertad y tiempo para resolver sus dudas) y lograr una mayor credibilidad y por lo tanto mayor adherencia a las indicaciones.

Sabemos que en nuestro medio se encuentra arraigado el modelo paternalista dentro de la relación médico paciente; se tendrá que ahondar el estudio sobre el grado de involucramiento en la toma de decisiones ya que en nuestra

investigación no se cuantifico hasta que punto se obtiene en la consulta medica información por parte del médico y la retroalimentación del paciente, para obtener una visión mas fidedigna de este punto.

## Referencias

---

1. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Rev. Sal Pub Méx 1990. 32(2): 113-130
2. Martínez-Ramírez A, Van-Dick Puga MA, Nápoles-Rodríguez F, Robles-Uribe Joel, Ramos-Ramos A, Villaseñor-Urrea I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. Cad Saúde Pub 1996. 12(3):399-403.
3. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc Enferm 2003. 9 (2): 9-21.
4. Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar, Nigenda-López: Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios: Salud Publica Méx 1998.40.(1):1-10
5. Hernández Gamboa. Relación médico paciente y la calidad de la atención médica: Revista CONAMED 2001. 5(9):25-29
6. Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. Acta Medica Grupo Angeles 2003. 1 (1):59-66
7. Girón M, Bevia B, Medina E, Simon- Palero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. Rev. Esp Salud Pública 2002. 5(76):561-75
8. Burbinsky B, Naser M. "Reflexiones acerca de la relación médico-paciente"; Arch Argent Ped 1999. 97(1):43-46
9. Campero-Cuenca L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en la consulta externa: El caso de Oaxaca. Rev Sal Pub Mex 1990. 32(02):192-204
10. Donabedian A. La calidad en la atención médica: Definición y métodos de evaluación: Prensa Médica Mexicana: S.A.: México, 1984
11. Donabedian A. The quality of care: How Can it be assessed?. JAMA 1988.260: 1743-48.
12. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas: Salud Publica Méx 1990. 32:170-180

13. Haas S, Cook-Francis, Puopolo-Ann, Burstin-R, Cleary-D, Brennan-A. Is the professional satisfaction of general internist associated with patient satisfaction? : J Gen Intern Med 2000. 15:122-128
14. Ramirez-Sanchez T, Najera-Aguilar P, Nigeda-Lopez G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Sal Pub Mex 1998. 40(1):1-10
15. Gattinara C, Ibache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. Cad sude publica 1995. 11(3)
16. Ruiz de Chávez; Martínez-Narváez. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud: Salud Publica de México 1990. 32 (2): 156-160.
17. Thiedke. What do we really know about patient satisfaction: Family Practice management 1997. (1): 33-45
18. Hernández-Murillo. Páginas de Salud Pública. Rev Sal Pub Méx 1990. 32(2):248-249
19. Caminal J. La medida de la satisfacción. Un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial 2001. 16:276-279
20. Alonso E. Las técnicas de intervención psicosocial: Psicología general y aplicada 1984. 39:813-841
21. Beca JP, Browne F, Valdebenito C, Bataszew A, Martinez M J. Relación estudiante enfermo: Rev Med Chile 2006. 134:955-959
22. Martinez SC, Leal FG. La calidad clínica de la atención y el problema de la relación médico-paciente: An Med Asoc Med Hosp ABC 2003. 48: 242-254
23. Campero-Cuenca L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en la consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Sal Pub Mex 1990. 32:192-204
24. Hernandez-Torres I, Fernandez- Ortega M A, Irigoyen Coria A, Hernandez Hernandez MA. Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar: Archivos en Medicina Familiar 2006. 8:137-143
25. CONAMED. Diez años de Arbitraje Médico en México 1º ed. México 2006. p1-10

26. Armando Martínez Ramírez. Evaluación de la calidad de la atención a la salud mediante indicadores y su estándar. Rev Med IMSS 1998. 36(69): 487-496.
27. Ruela-Barajas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Primera Edición. México. Fundación Mexicana para la salud. 54-56,1994
28. Salinas-Oviedo C. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. Salud Publica de México 1994. 36(1): 22-29
29. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización: Salud Publica de México 1997. 39(6):6-18
30. Frank W.S.M., Verheggen, M.H., Peter, P.M., Harteloh: La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica: Salud Pública de México 1993. 35(3):316-320
31. Espinoza Ortiz R, Muñoz Juárez s, Torres Carreño E: Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México: Rev. Esp. Salud Pública Madrid 2004. 78(4): 527-537
32. Ruelas-Barajas E: Calidad, Productividad y costos: Salud Publica de México 1993. 35(3): 298-304
33. Rodríguez-León A: Calidad en los servicios de salud: Horizonte Sanitario 2005. 4(1): 1-3
34. Miyahira Arakaki: Calidad en los servicios de salud ¿Es posible?: Rev. Med Hered Lima 2001. 12(3): 75-77
35. Straser S., Davis RM: Measuring patient satisfaction for improved patient services: Health administration press 1991. 50-75
36. Gilmore M, Moraes NH: Manual de gerencia de la calidad. Washington, DC 1996. OPS-OMS: 1-18
37. Grupo de trabajo SEMES –Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. Emergencias 2001. 13:60-65
38. Tudela-Pere, Modol-Joseph. Urgencias Hospitalarias. Med Clin (Barc) 2003. 120 (18):711-6
39. Hernandez-Leyva B, García-Peña C, Anzures-Carro R, Orozco-Lopez M. Satisfacción de usuarios en unidades de Medicina Familiar. Rev Med IMSS 2002. 40 (5): 373- 378

40. Boletín IMSS Formativo. Memoria estadística CAQOD.2007; 33:1-4. También disponible en (URL): <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/E0204D3D-122B-4BDE-BEFB-A46891A4A903/0/IMSSformativoabril07.pps#-1,-1,PREV>
41. Ramsay J, Campbell J, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 2000.17: 372-379
42. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care* 2000. 10(2):90-5
43. Bower P, Mead N, Roland M. What dimensions underlie patient responses to the General Practice Assessment Survey? A factor analytic study. *Fam Pract.* 2002. 19(5):489-95.
44. Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *British Medical Journal* 2003. 236: 258-60.
45. Ashbury Fredrick, Iverson Donald, Krajl Boris: Physician communication skills: Results of a survey of general/Family practitioners in Newfoundland. *Med Educ Online* 2001. 6 :( 1):1-11
46. Ramsay J, Campbell J, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 2000. 17: 372-379
47. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Qual Health Care.* 2000. 10(2):90-5
48. Bower P, Mead N, Roland M. What dimensions underlie patient responses to the General Practice Assessment Survey? A factor analytic study. *Fam Pract.* 2002. 19(5):489-95.
49. Bower P, Roland MO. Bias in patient assessments on general practice: General Practice Assessment Survey scores in surgery and postal responders. *British Journal of General Practice* 2003. 53: 126-128.
50. Simon-Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: Teoría y Práctica (1). *Med Clin Barc* 1993. 100:659-63
51. Velásquez L. Redacción del escrito médico. 3ª ed. México: Prado, 1995: 131-153.

52. Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, Juárez R. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. Rev Calidad Asistencial 2007. 22:(4): 161-167

53. Lavielle-Sotomayor MP, Cerón-Ruiz M, Tovar-Larrea P, Bustamante-Rojano JJ. Satisfacción con la atención a la Salud. Rev Med IMSS 2008.46:129-134.



## ANEXO 1

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO.24

#### “Cuestionario para la evaluación de la relación médico paciente en la consulta de Urgencias ”

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de conocer su opinión sobre el servicio prestado en el área de Urgencias; mismo que no tendrá repercusión sobre la atención medica posterior, ya que este cuestionario es anónimo, por favor conteste con la mayor sinceridad posible. Gracias.

Fecha					/	/
1. ¿Que edad tiene usted? _____ años						
2.Sexo:					<b>Femenino</b> <b>Masculino</b>	
3. ¿Que escolaridad tiene?	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Universidad	
4. ¿Cual es la profesión del jefe de familia?	Universidad, gerente, ejecutivo de grandes empresas	Profesionista técnico, mediano comerciante	Empleado sin profesión técnica definida, universidad trunca	Obrero especializado : taxista, tractorista, etc.	Obrero no especializado, servicio domestico	
5. ¿Cual es el nivel de instrucción de la madre?	Universitaria o equivalente	Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa	Secundaria incompleta o técnico inferior	Educación primaria completa	Educación primaria incompleta, analfabeta	
6. ¿Cual es la principal fuente de ingresos?	Fortuna heredada o adquirida repentinamente	Provenientes de una empresa privada, negocio ,honorarios profesionales	Sueldo quincenal o mensual	Salario diario o semanal	Ingresos de origen público o privado (subsidios)	
7. ¿Cuales son las condiciones de la vivienda?	Vivienda amplia, lujosa y con optimas condiciones sanitarias	Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias	Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias	Vivienda con espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias	Vivienda improvisada , construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.	

8. El diagnostico de Urgencias fue :									
9.La indicación del médico tratante fue			Egreso a domicilio		Ingreso a Observación			Ingreso a Hospitalización	
10.Usted es asegurado bajo el régimen:		Trabajador	Beneficiario cónyuge	Beneficiario padre(s)	Beneficiario hijo	Seguro facultativo	Estudiante	Pensionado	
11.El tiempo de espera fue :		Menos de 15 minutos		De 16 a 31 minutos		De 31 a 60 minutos		Mas de 60 minutos	
12. ¿En que turno fue la atención medica?			Matutino		Vespertino		Nocturno		Jornada acumulada
13. ¿Usted sentía que necesitaba incapacidad?							Si		No
14. ¿Le dieron incapacidad?							Si		No
Tomando en cuenta la ultima atención en el servicio de urgencias...									
Pregunta				Muy poco	Poco	Suficiente	Bien	Muy bien	Excelente
15. El médico, ¿qué tan profundamente pregunto sobre sus síntomas y su sentir?									
16. El médico, ¿Que tanto escuchó lo que usted comentó?									
17. ¿Que tan a gusto se siente usted cuando el médico lo revisa?				Muy a disgusto	A disgusto	Razonablemente a gusto	A gusto	Muy a gusto	Excelente
18. El médico, ¿Que tanto lo involucró en las decisiones de su tratamiento?									
19. La explicación que el médico hizo de su padecimiento o el tratamiento que necesita fue:				Muy pobre	Pobre	Suficiente	Buena	Muy buena	Excelente
20. El tiempo que el médico pasó con usted fue ...				Muy poco	Poco	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
21. La paciencia que tuvo el médico ante sus preguntas o preocupaciones fue...				Muy poco	Poco	Suficiente	Bueno	Muy bueno	Excelente
22. La actitud y preocupación de su médico fue									
23. ¿Que le gusto mas de la actitud del médico que lo atendió?									
24. ¿Que fue lo que no le gusto de la actitud del médico que lo atendió?									
25. Si pudiera cambiar algo de la actitud de su médico, ¿Qué sería?									
26.¿.Como cree que su médico pueda mejorar su relación con los pacientes?									



## ANEXO 2

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2008.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Satisfacción del usuario servicio de Urgencias: Relación médico paciente".

Registrado ante el Comité Local de Investigación

R- 2009 – 3404 - 2

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer la satisfacción que el usuario percibe al utilizar el servicio de Urgencias adultos del HGZ No.24 del I.M.S.S.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dra. Sandra Gabriela Tapia Luque 99333482  
R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53 33 11 00 ext. 15320.

\_\_\_\_\_  
Testigo