

00669
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Contaduría y Administración
División de Estudios de Posgrado

T E S I S

SATISFACCION DE USUARIOS DE LA
CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA .

que para obtener el grado de

Maestro en Administración
(Sistemas de Salud)

p r e s e n t a :

CARLOS LOPEZ CANDIANI

Asesora de Tesis: Dra. Hilda G. Reyes Zapata

Asesora de Metodología: M. en C. Rocío

Llarena de Thierry



MEXICO D.F.

2001.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/EG/2001

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
de esta Universidad
Presente.

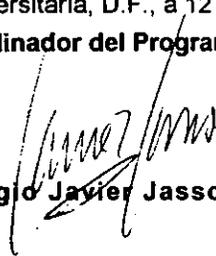
Atn.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **Carlos López Candiari**, presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Dr. Sergio Javier Jasso Villazul, Coordinador del Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

Dr. Jorge Ruíz de Esparza García	Presidente
M. en C. Rocio Liarena de Thierry	Vocal
Dr. Carlos Martínez Gutiérrez	Secretario
M.S.P. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata	Suplente
M.A.S. María Gilma Arroyave Loaiza	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
"Por mi raza hablará el espíritu"
Cd. Universitaria, D.F., a 12 de septiembre del 2001.
El Coordinador del Programa de Posgrado


Dr. Sergio Javier Jasso Villazul



Agradecimientos

Al Dr. Miguel Angel Rodríguez Weber:

Por el apoyo total para la realización de este trabajo, pero sobre todo, por confiar en mí.

A mis tutoras, a las trabajadoras sociales y a todas las personas que hicieron posible la realización de esta investigación.

Prefacio

“De todas las personas podemos aprender algo; de algunas una virtud digna de imitar, de otras podemos aprender como no queremos ser...” decía mi maestra de Etica hace algunos años en el Colegio de Ciencias y Humanidades de Azcapotzalco. ¡Qué razón tenía!

La vida es un ciclo, que inicia y termina; contiene a su vez, un número infinito de pequeños ciclos contenidos en ella. Con este trabajo se cierra un ciclo; un ciclo que nace con una idea, un proyecto que se desarrolla y termina con la generación de un conocimiento y con el crecimiento de la persona. Como todo ciclo que termina, invita siempre a la reflexión.

A propósito de dedicatoria y agradecimientos me he puesto a pensar en el número enorme de personas a las que tendría que agradecer su participación en este ciclo, y me he dado cuenta que no puede separarse de otros ciclos relacionados y del gran ciclo de mi vida, del cual proviene. No podré nunca agradecerles a todas esas personas, tampoco alcanzaría a mencionarlas y más aún, ni siquiera pudiera recordarlas a todas, y sin embargo ¡han cambiado mi vida!

Al pasar de los años he convivido con muchas personas, las cuales me han dejado enseñanza: mi padre me ha enseñado que el amor se expresa con cada

acción y no sólo con palabras; acciones día con día y en cada oportunidad; mi madre me ha enseñado que el mundo tiene un orden y que debe de guardarse ese orden para que pueda funcionar bien; mis hermanos me han enseñado el valor de una familia, la armonía, el cariño y la ayuda que debe existir entre nosotros; de mis abuelas la bondad. He aprendido de muchísimas personas: de mis maestros conocimientos y formación profesional, de mis parejas el amor, de mis amigos sus palabras de aliento, pues después de años y aún décadas las tengo presentes y forman parte de mí; de las secretarias, de las enfermeras, en fin de miles de gentes: virtudes, defectos, valores. También de aquéllos a quien debo enseñar me han brindado enseñanza: alumnos y pacientes que son una fuente continua de enseñanza. Nunca antes alguna persona tan pequeña me había dado tanta enseñanza como mi hija; sus lecciones nunca podré olvidarlas, han sido muchas pero prometen ser más; me han permitido crecer como persona y atreverme a usar esa palabra que implica una gran responsabilidad y me hace sentir realmente vivo: padre.

No todo ha sido alegría y felicidad en la vida: también he conocido desdicha, tristeza, rencor, ira y desamor; ¿hasta dónde he podido evitarlos y hasta dónde forman parte de mí? No puedo saberlo yo mismo.

De este ciclo que termina he aprendido muchas cosas, uno de los más importantes aprendizajes es conocer que un problema es en realidad una oportunidad de mejorar: cada salida es una entrada a otro lugar.

La vida misma me ha dejado enseñanza: Por lo que hoy sufrimos, después reiremos y lo que hoy nos causa alegría, mañana nos causará llanto.

Gracias a todas las personas con que he convivido hoy soy lo que soy: lo que pienso, lo que digo, lo que hago y lo que vivo.

Me pregunto también ¿cuántas personas habrán aprendido algo de mí? Como ser y como no ser. Aún más difícil es conocer la influencia que podemos tener con los demás, por lo que debemos dar siempre lo mejor de nosotros: siempre habrá algo que podamos dar a nuestros semejantes.

Debo agradecer sin duda alguna a Dios, que me ha permitido ser humano, que me ha dado sensaciones, sentimientos e inteligencia; que al mostrarme su grandeza y poder, me enseña cuan infinitamente pequeños somos en este mundo.

¡Qué razón tenía mi maestra de Etica! De todos podemos aprender algo: de ella misma aprendí mucho más que una simple frase; como muchas otras personas, me dejó una gran enseñanza: cambio mi vida y sin embargo, no puedo recordar su nombre...

Indice

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
PREFACIO	V
ÍNDICE	VIII
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
CLIENTE, SATISFACCIÓN Y CALIDAD.....	13
OBJETIVOS.....	18
METODOLOGÍA.....	18
RESULTADOS.....	27
ANÁLISIS	47
PROPUESTAS.....	70
CONCLUSIONES.....	71
ANEXOS.....	80

Resumen

Los tiempos actuales demandan la instalación de programas de calidad en organizaciones de bienes y servicios; el punto de vista del usuario permite conocer deficiencias en la prestación del servicio.

Con el objetivo de determinar la proporción de usuarios satisfechos con el servicio de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría, se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional a través de encuesta por aplicación de cuestionario a una muestra de usuarios, investigando percepción del trato del personal, tiempos de espera en diferentes servicios, opinión sobre las instalaciones físicas y satisfacción con el servicio recibido.

Se aplicaron 510 cuestionarios y se encontró un promedio de espera de 12 minutos en recepción de enfermería, 7.8 minutos en la caja y 56 minutos con el médico. Se percibe un trato excelente o bueno por parte de la enfermera en 77% de los casos, de la cajera en 76.5%, del personal de vigilancia en 59%, del personal de toma de productos de laboratorio en 89.5%, del personal de radiología en 90.5% y del médico en 93%. Se perciben excelentes o buenas las salas de espera en 50% de los casos, los sanitarios en 39% y los consultorios en 75%. La satisfacción con el servicio en general fue de 97.8% (IC 95%: 96.5 – 99.1%) entre los usuarios que respondieron la pregunta.

Se concluye que el tiempo de espera para pasar a consulta es excesivo y a pesar de ello la mayoría de los usuarios muestran satisfacción con el servicio.

Palabras clave: Satisfacción de usuarios, tiempos de espera, calidad, servicios médicos, consulta externa.

Summary

With the aim to determine the proportion of users satisfied with outcome speciality service in the Instituto Nacional de Pediatría, a prospective, transversal, descriptive and observational study was performed; a survey was applied to users, questioning about waiting times, physical plant and satisfaction with service.

510 questionnaires were applied; it was found that the average waiting time is up to 12 minutes in reception, 8 minutes in cashier and 56 minutes in medical office. 74% of interviewed people considered nurses manners were good or excellent; 76.5% considered cashier service was good or excellent, so did the 59% about policemen manners; 93% said doctors service was good or excellent. Waiting rooms are considered good or excellent in 50% of cases, bathrooms in 39% and doctor's offices in 75%. 97.8% of the users are satisfied with general service (CI 95%: 96.5- 99.1).

Nevertheless long waiting times, high satisfaction level among users was found.

Keywords: Quality, waiting time, satisfaction of users, health services.

Introducción

Existe una tendencia mundial hacia la mejora de la calidad tanto en productos como en servicios. Aunque hay muchas definiciones de calidad, todas coinciden en que son las características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades de los usuarios¹. En México no tenemos aún la cultura de calidad que se requiere para la competencia mundial, sobre todo en prestación de servicios de atención médica. Una de las primeras etapas de la planeación de programas de calidad es identificar al cliente y escuchar sus expectativas. Esto ha sido motivo para realizar una investigación que permitiera conocer la satisfacción de usuarios en un servicio de consulta externa de alta especialidad, en un hospital público de tercer nivel de atención. El tema se seleccionó por la vigencia que toma actualmente la calidad de los procesos que generan bienes y servicios. La satisfacción del cliente desde la perspectiva de calidad es de suma importancia. Con la apertura comercial de México al exterior, se requiere una transformación de la mentalidad de prestadores de servicios desde la dirección hasta las áreas operativas. Los usuarios de un servicio poco a poco se dan cuenta de sus derechos y exigen que los servicios que solicitan sean efectuados con calidad. En México no estamos preparados en muchos sectores para el cambio a una cultura de

calidad, pero debemos iniciar ese cambio lo antes posible. Inicialmente debemos de cambiar en lo individual, en pequeños grupos de trabajo, en las instituciones y posteriormente seremos un país con una cultura de calidad. Para empezar se debe realizar una evaluación de la situación actual, es decir un diagnóstico situacional, para posteriormente planear una estrategia hacia esa cultura de calidad, a partir de los prestadores del servicio.

La investigación tiene gran valor potencial de acuerdo con los criterios sugeridos por Hernández Sampier² acerca de la conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas y valor teórico así como utilidad metodológica.

El realizar una investigación para conocer la satisfacción de los clientes del Instituto Nacional de Pediatría (INP) y los factores que influyen en dicha satisfacción ha permitido evaluar algunos aspectos de la calidad en el proceso de atención médica; asimismo llenar un hueco en el conocimiento ya que poco se conocía del grado de satisfacción de los usuarios. Tiene una implicación práctica porque posterior a evaluar el problema se plantean alternativas de solución, mejorando algunos aspectos hasta hoy descuidados.

La relevancia del estudio se centra en la obtención de beneficios para: los prestadores del servicio al conocer la opinión de los usuarios para los que presta su servicio; las autoridades porque se obtuvo información confiable para la toma de decisiones y beneficio para los usuarios porque son tomados

en cuenta para la planeación de servicios de salud dentro de la institución y recibirán una mejor calidad de dichos servicios.

El estudio toma importancia dada la tendencia actual de evaluar la calidad a partir de los usuarios, que brinda una perspectiva parcial, pero complementaria con otras formas de evaluación como son las auditorías médicas. Los datos que se han obtenido del estudio permiten retroalimentar a los prestadores del servicio y autoridades y conjuntamente tomar acciones para el mejoramiento del servicio de atención médica. Asimismo, se deberá efectuar evaluaciones periódicas para cuantificar el impacto de las acciones tomadas.

El Instituto Nacional de Pediatría

En sus inicios, el hoy Instituto Nacional de Pediatría perteneció a la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) como Hospital Infantil, inaugurado el 6 de noviembre de 1970 por el entonces presidente de la república, Lic. Gustavo Díaz Ordaz. La IMAN fue creada por el ejecutivo federal en un decreto del 15 de julio de 1968³ y tenía por objeto el cuidar y proteger a la niñez desvalida y rehabilitarla integralmente. La dirección de la IMAN estaba dada por un Patronato, la Presidente y el Director General. Estaba compuesta por tres dependencias: la Casa de Cuna, la Casa Hogar para Niñas y el Hospital Infantil. El Hospital Infantil cambia su nombre por Hospital del Niño de la IMAN en 1973.

El Hospital del Niño de la IMAN, fue creado como un centro de asistencia médico-social para el estudio de los problemas que afectan a la niñez, así como de enseñanza pediátrica, social e investigación científica (Conferencia Interamericana de Salud Mental en Niños y Jóvenes, 1975).

El 10 de enero de 1977 el Lic. José López Portillo⁴, presidente de la república en turno, decreta la fusión de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI), en un solo organismo público descentralizado llamado Sistema Nacional para el

Desarrollo Integral de la Familia (DIF), por lo que el Hospital del Niño pasa a ser parte de este nuevo organismo. La cúpula administrativa nuevamente estuvo formada por un Patronato, la Presidencia del Patronato y la Dirección General. El Patronato estaba formado por un Presidente designado por el ejecutivo federal, que siempre fue la esposa del mismo y por los vocales, que eran los titulares de varias secretarías de estado. Siendo la Presidente del Patronato del DIF la primera dama del país, siempre hubo recursos materiales suficientes y de buena calidad para que los trabajadores de la salud llevaran a cabo su función dentro del Hospital del Niño durante su pertenencia a la IMAN y al DIF.

El 16 de Mayo de 1979, se cambia el nombre del Hospital del Niño por el de Instituto Nacional de Pediatría, dependiente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF.

El 19 de Abril de 1983 se publica en el diario oficial el decreto del Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, por el cual el Instituto Nacional de Pediatría para a ser parte del Sistema Nacional de Salud como organismo público descentralizado⁵; en 1988 se emite un nuevo decreto en el que se rige la organización y funcionamiento de la institución⁶.

Actualmente, el Instituto Nacional de Pediatría se rige por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud⁷. Es un centro de atención médica de tercer

nivel, con tres funciones principales: Asistencia, Enseñanza e Investigación. Su misión es contribuir al desarrollo científico y tecnológico con el objeto de aportar nuevos conocimientos en las áreas que conforman la pediatría, formar recursos humanos que se dediquen al cuidado de la salud de la niñez mexicana y brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad (www.facmed.unam.mx/inp).

El área de influencia del Instituto Nacional de Pediatría es nacional, ya que es un centro de referencia de tercer nivel (alta especialidad) y que recibe pacientes de toda la república, principalmente de los estados vecinos y del sureste.

De acuerdo al Registro Nacional de Infraestructura para la Salud del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) del año 2000⁸, el Instituto Nacional de Pediatría cuenta 223 camas censables, 57 camas no censables y 29 incubadoras. Tiene 97 consultorios para 38 servicios con horarios establecidos.

Los recursos humanos del INP incluyen 142 médicos de 30 especialidades en contacto con el paciente, 174 médicos en adiestramiento, 50 médicos en otras actividades (administrativas, enseñanza, investigación, etc.), 755 enfermeras en contacto con el paciente, 86 en otras actividades y otros 79 profesionales de otras áreas. El personal técnico en distintas áreas (TS, odontología, imagen,

estadística, etc.) es de 116 y otro personal (administrativo, mantenimiento, intendencia, etc.) es de 646. En resumen, son 1874 trabajadores, que sumados a los becarios resultan en 2048 servidores.

Durante el año 2000 se ofrecieron 22,601 preconsultas, 15,800 consultas de primera vez y 101,345 consultas subsecuentes; de las cuales 93,875 correspondieron a consulta de especialidad dentro de la unidad hospitalaria (Fuente: Archivo Clínico del INP).

El organigrama del Instituto incluye:

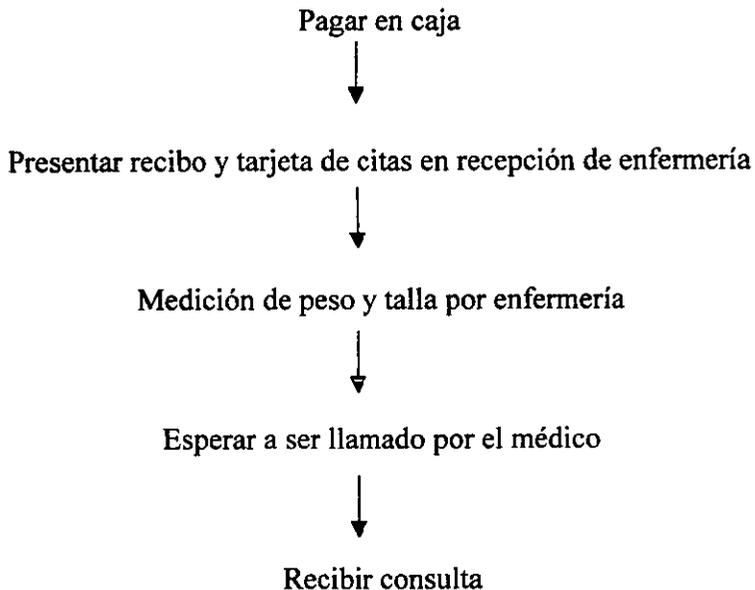
La Dirección General, cinco direcciones de área: médica, investigación, enseñanza, administración y planeación. La Dirección Médica cuenta con seis subdirecciones: Consulta Externa, Medicina, Medicina Crítica, Cirugía, Hemato-Oncología y Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (SADyTra).

Al llegar un paciente de primera vez, es valorado por médicos pediatras quienes determinan si requiere asistencia por alguna especialidad pediátrica, con lo cual el paciente es valorado por algún pediatra especializado, o bien puede referirse a 2º nivel de atención dentro del sistema de salud. La atención de las especialidades pediátricas puede ser a nivel hospitalario o en consulta externa. Cuando el paciente debe ser atendido a través del sistema de consulta

externa de especialidad debe seguir ciertos pasos: el primero de ellos es obtener una cita con alguna especialidad, la cual es anotada en la tarjeta de citas. Los pasos a continuación son similares para diferentes especialidades.

La secuencia para los pacientes en una consulta tipo incluye:

Día de la cita:



En ocasiones el médico de especialidad solicita estudios de laboratorio y/o gabinete y en tal caso, puede acudir el paciente para su realización días antes o el mismo día antes de la hora de su cita.

Se ha detectado exceso de usuarios en las salas de espera en todos los pisos, prácticamente desde las ocho de la mañana hasta después de las catorce horas.

A la Dirección Médica y Dirección General han llegado quejas derivadas de mala atención médica en la Consulta Externa de Especialidad. El motivo más frecuente de las quejas escritas es el tiempo de espera excesivo para ser atendidos por el médico, aún cuando el paciente tiene una cita programada a una hora específica; otros motivos de queja son mal trato por la enfermera o personal de vigilancia y algunos de menor frecuencia como la falta de cambio en la caja.

Lo anterior llevó a la necesidad de efectuar un diagnóstico de la problemática en el área de Consulta Externa de Especialidad, con un enfoque de Calidad de Atención Médica, con la finalidad de planear acciones tendientes a resolver dicha problemática. En primer término deseamos conocer el nivel de satisfacción de usuarios de este servicio, dado que es un aspecto esencial de la calidad de la atención médica⁹; paralelamente conoceremos los aspectos de la atención que generan insatisfacción en los usuarios.

Planteamiento del problema

1. ¿Cuál es la proporción de usuarios satisfechos con el servicio recibido en la consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría?
2. ¿Cuáles son los factores que generan insatisfacción en los usuarios de consulta externa de especialidad en el INP?

Cliente, satisfacción y calidad.

Cliente es todo aquél que se beneficia directa o indirectamente con los servicios de un proveedor¹⁰. Toda organización cuenta al menos con dos tipos de clientes: clientes externos que son los que reciben el producto o servicio y los clientes internos, que son los que participan en la cadena de producción de un producto o de un servicio. En el caso de las instituciones de asistencia médica, los pacientes y en el caso de la pediatría, también sus padres son clientes externos. “El concepto puede ser inicialmente duro de aceptar” dice Brown¹¹, pero al consumir servicios de atención médica se convierten automáticamente en clientes. Paciente significa “el que espera”; es un término con el que de manera cotidiana se ha designado a la persona que recibe un servicio de atención médica; en la palabra misma expresa pasividad de la persona. Al considerar al paciente como un cliente, se tiene que asumir que tiene derechos como consumidor y se deben de respetar. Estos derechos consisten en ser informado, en conocer los beneficios y riesgos de los procedimientos y terapéuticas empleados, confidencialidad, y sobre todo, a decidir sobre las acciones que respecto a salud se refieren. En general la formación del médico no ha permitido dicha visión; se nos ha educado que el médico tiene la última palabra y el paciente debe de dedicarse a seguir

fielmente sus instrucciones sin participar en la toma de decisiones. Priego Alvarez¹² analiza los que ha llamado *Derechos del Consumidor Sanitario*, en los que incluye además de los anteriores el derecho a la salud y a un medio ambiente sano. Hartzler y Henry¹³ mencionan que es fundamental identificar al cliente externo y escuchar su voz; todos en la organización deben entender sus necesidades y expectativas, de modo que todas las decisiones se tomen considerando su posible efecto en él. Cantú Delgado¹ nos dice que una virtud esencial de toda organización de calidad es la de reflejar una actitud de servicio para entender y atender lo que el cliente quiere, necesita y espera de ellas.

En general las personas que se encuentran en el sector de servicios (como lo es el Sector Salud), se inclinan a pensar que el control de calidad sólo concierne a fabricantes de productos tangibles¹⁴. Tradicionalmente en servicios de salud se ha medido la cantidad, más que su calidad; Bruce¹⁵ dice que “los marcos conceptuales, la administración cotidiana, las burocracias, los sistemas internos de recompensa y el deseo del gobierno de cumplir con metas preestablecidas (contabilizadas en términos demográficos o por número de servicios ofrecidos) han conducido a un fuerte sesgo en la evaluación del desempeño basado en el volumen de actividades, a veces del trabajador individual y otras al nivel de programas”. Cordera¹⁶ menciona que Pierre

Louis habló por primera vez de evaluar la medicina en 1795; sin embargo las acciones sistemáticas para hacerlo tienen pocos años. Donabedian¹⁷ ha investigado y escrito ampliamente sobre calidad de la atención médica y ha destacado tres elementos en la calidad de la atención: estructura, proceso y resultado. Cada una de estas partes tiene sus características que la definen, que permiten su evaluación y control.

Al nivel internacional hay un interés creciente en la satisfacción del paciente, considerada como un indicador válido de la calidad del cuidado¹⁸. La satisfacción es un proceso de evaluación en el que el usuario compara sus expectativas con la percepción del servicio recibido¹⁹⁻²⁰. Cuando se cumplen las expectativas, el usuario se siente satisfecho. A pesar de algunas limitantes de validez y confiabilidad y de algunas deficiencias metodológicas que presentan algunos estudios²¹⁻²², el método de investigar la opinión del usuario representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo²³. La evaluación de la satisfacción debe proveer un mecanismo de retroalimentación para los sistemas de mejoramiento de calidad en los hospitales²⁴. En Francia es una obligación la evaluación de la satisfacción del paciente hospitalario²⁴. Existen numerosos estudios en todo el mundo que investigan la satisfacción del usuario de los servicios de salud. Sitzia²⁵ ha realizado varios meta-análisis

sobre el tema y menciona que los trabajos sobre satisfacción de usuarios se han incrementado en los últimos años; solamente en 1994 documenta más de 1000 publicaciones. En México ya se han realizado varios estudios; uno de los más grandes es la Encuesta Nacional de Salud II en 1994²⁶, que incluyó a 3324 usuarios. Dentro de los resultados importantes encontramos que el 81.2% de los usuarios percibió que la atención fue buena y 18.8% que fue mala. Llama la atención que el principal motivo que definió a la calidad como buena fue el trato personal en tanto que el de mala calidad fue largo tiempo de espera²³. De hecho en la literatura internacional está reportado que los pacientes dan altas calificaciones en su evaluación de la calidad percibida²⁷. Hall²⁸ interpreta que los pacientes dan altos valores a calidad técnica porque ellos sienten que no tienen elementos para juzgarlo. En un estudio español de Prieto Rodríguez y cols.²⁹ donde se comparó asistencia pública y privada de primer contacto, se encontró que los usuarios evalúan como puntos desfavorables en la asistencia pública la accesibilidad (servicio de recepción e información, horas de trabajo), capacidad de respuesta (velocidad y eficiencia del proceso) y la organización interna. En otro estudio español de Quintana y cols.³⁰ realizado en servicios de Urgencia de varias instituciones, se reconoció como tiempo de espera para ser atendido de 20 a 60 minutos, lo cual es

excesivo para el tipo de servicio solicitado. En México hay pocos estudios de este tipo, por lo que es de especial interés incursionar en este campo.

Objetivos

1. Determinar la proporción de usuarios satisfechos con el servicio recibido en la consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría (INP).
2. Describir los factores que influyen en la insatisfacción del cliente externo en la consulta externa de especialidad del INP.

Metodología

Tipo de estudio: Estudio transversal, descriptivo y observacional.

Se realizó una encuesta por aplicación de cuestionario a una muestra significativa de usuarios que acuden a consulta subsecuente de especialidad en el INP.

Muestra:

Para el cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo el dato del número de consultas subsecuentes otorgadas durante el año 2000 en la institución; asimismo el número y la proporción de las consultas por especialidad y por piso, dado que cada piso cuenta con una recepción de enfermería. El tamaño

de la muestra se calculó para obtener un error estándar de 0.05 mediante la fórmula descrita en Castilla y en Méndez³¹⁻³².

Se realizó un muestreo no aleatorio debido a las características de la población a estudiar³³. De las citas programadas no acuden todos los pacientes, otros acuden fuera del horario y tampoco se puede garantizar la participación de los pacientes seleccionados de forma aleatoria. Dada la imposibilidad de programar la aplicación de encuestas por el método aleatorio, se decidió conformar la muestra mediante un diseño por bloques horarios que permitieron mejorar la validez interna³². Se obtuvo la muestra representativa de cada uno de los pisos de consulta externa de especialidad, dado que se investigó tiempos de espera y trato en la recepción de enfermería y existió el interés de conocer las diferencias en los distintos pisos. La muestra se estratificó para las distintas especialidades, para garantizar que se aplicara el número de cuestionarios en igual proporción con que cada especialidad participa en el otorgamiento de consultas. En la tabla 1 se listan las especialidades se acuerdo al número de consultas otorgadas durante el año de 2000.

Consultas otorgadas en 2000

Servicio	Clave	Consultas	Piso	%
Alergia	1	4825	1	5.14
Cardiología	2	1531	2	1.63
Cirugía Cardiovascular	3	781	2	0.83
Cirugía general	4	3222	2	3.43
Cirugía Plástica	5	1840	2	1.96
Comunicación humana	6	2858	PB	3.04
Dermatología	7	2407	PB	2.56
Endocrinología	8	3034	PB	3.23
Estomatología	9	13946	PP	14.86
Gastronutrición	10	3661	4	3.90
Genética	11	1546	3	1.65
Hematología	12	8339	1	8.88
Infectología	13	1185	4	1.26
Inmunología	14	1461	3	1.56
Medicina Física	15	4624	PB	4.93
Medicina Interna	16	1155	3	1.23
Nefrología	17	1935	1	2.06
Neonatología	18	683	3	0.73
Neumología	19	1101	2	1.17
Neurocirugía	20	2435	1	2.59
Neurología	21	3963	3	4.22
Oftalmología	22	3795	1	4.04
Oncología	23	4985	3	5.31
Ortopedia	24	7930	PB	8.45
Otorrinolaringología	25	3501	PB	3.73
Parasitología	26	102	4	0.11
Pediatría (C. externa)	27		PP	0.00
Psiquiatría	28	2971	PB	3.16
Radioterapia	29	873	PB	0.93
Salud Reproductiva	30	1389	PB	1.48
Urología	31	1797	2	1.91
Total		93875		100.00

Tabla I. Consultas otorgadas durante el año 2000, por especialidad, INP 2001.

Criterios de inclusión:

1. Ser usuario subsecuente de consulta externa de alguna especialidad pediátrica en el INP.
2. Haber recibido consulta médica.
3. Que el familiar acepte participar en el estudio (responder las preguntas).

Criterios de exclusión:

1. Que el usuario haya acudido sin cita previa.

Criterios de eliminación:

1. Que el familiar conteste menos del 80% de las preguntas del cuestionario.

El ser usuario subsecuente garantiza por un lado que el paciente tiene un expediente clínico en el Instituto, tiene elaborado un estudio socioeconómico y asignado un nivel de acuerdo a la clasificación socioeconómica vigente en el sector salud³⁴; tener más de una experiencia en servicios de atención médica en consulta de especialidad permitió evitar un sesgo resultante de una experiencia única (buena o mala).

Instrumento.

Para conocer la satisfacción de usuarios en la consulta externa de especialidad se utilizó un cuestionario confeccionado específicamente para esta investigación tomando como base un cuestionario publicado previamente por Pardo⁹ y que modificamos para conocer datos importantes para la institución. Consta de una ficha de datos generales (fecha, hora, especialidad consultada, clasificación socioeconómica), preguntas estructuradas con respuesta múltiple³² acerca del proceso de atención; se contemplaron cinco niveles de respuesta en una escala de Licker modificada que va de excelente a pésimo.

En el cuestionario se trató de conocer la percepción sobre varios aspectos de calidad de los servicios que incluyen: tiempo de espera para diferentes puntos (caja, recepción, médico), percepción del trato proporcionado por diferente personal, percepción de competencia profesional del médico, opinión de las instalaciones físicas del Instituto y una pregunta específica sobre la satisfacción con el servicio en general recibido en el Instituto. Al final un espacio para que los participantes anotaran algún comentario o sugerencia.

Se elaboraron los lineamientos para la aplicación del cuestionario y se capacitó a las trabajadoras sociales participantes a través de la jefa del departamento (Anexo 1). En un estudio piloto que se realizó previo a la investigación formal, se modificó el instrumento y se confeccionó la versión

definitiva (Anexo 2). La aplicación de los cuestionarios se hizo por parte de personal del departamento de Trabajo Social del propio Instituto.

Método:

Las trabajadoras sociales acudieron a los diferentes pisos del Instituto en donde se otorga consulta de especialidad y se presentaron con los usuarios; se les preguntó si ese día habían acudido a consulta en alguna especialidad pediátrica y en tal caso, si la consulta fue subsecuente. A los que contestaron afirmativamente se les solicitó su autorización para participar en la encuesta indicando claramente que el objetivo era conocer la satisfacción de los usuarios con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud dentro de la institución y haciendo hincapié en que la información proporcionada sería completamente anónima y se manejaría en forma confidencial. A los usuarios que otorgaron su consentimiento bajo información, se incluyeron en el estudio y se les solicitó que contestaran con la mayor veracidad.

Se planeó la aplicación de cuestionarios durante un periodo de cuatro semanas, que se modificó posteriormente a seis semanas por no haberse concluido la muestra.

Para realizar un análisis de los resultados fue necesario complementar investigación con observación directa en el área de consulta externa.

Definiciones operacionales

Usuario: Todo paciente mayor de 10 años, o su familiar mayor de edad para todos los pacientes.

Paciente: Aquel niño o adolescente que acude a consulta médica en el INP.

Consulta: Interacción de médico y paciente para que el primero proporcione un servicio de atención médica al segundo en un consultorio.

Consulta de especialidad: La que se otorga por un especialista de la pediatría en el área de consulta externa que corresponde a cada una de las especialidades pediátricas.

Consulta subsecuente: Aquélla que se otorga posterior a la valoración inicial.

Tiempo de espera: Es el tiempo que el paciente expresó haber esperado desde la hora de su cita hasta el momento en que fue llamado para pasar al consultorio.

Percepción del trato: Evaluación que realizó el usuario en base a la amabilidad, cortesía, respeto, tono del lenguaje y disposición de servicio del personal de la institución.

Percepción de la preparación del médico: Evaluación que realizó el usuario sobre los conocimientos científicos y habilidades que mostró el médico tratante durante la consulta.

Explicación del médico: Evaluación del usuario sobre la información que emite el médico sobre la enfermedad y tratamiento del paciente.

Autorización de procedimiento: Evaluación del usuario sobre la frecuencia con que el médico permite al familiar la decisión sobre la realización de un procedimiento médico o quirúrgico.

Percepción de instalaciones: Evaluación del usuario sobre el estado físico, iluminación, ventilación, suficiencia y limpieza de los sitios que en particular se preguntan.

Satisfacción del usuario: Evaluación positiva que realizan los usuarios sobre el servicio en general recibido en el Instituto durante el proceso de consulta desde su llegada a la institución hasta el momento de la encuesta.

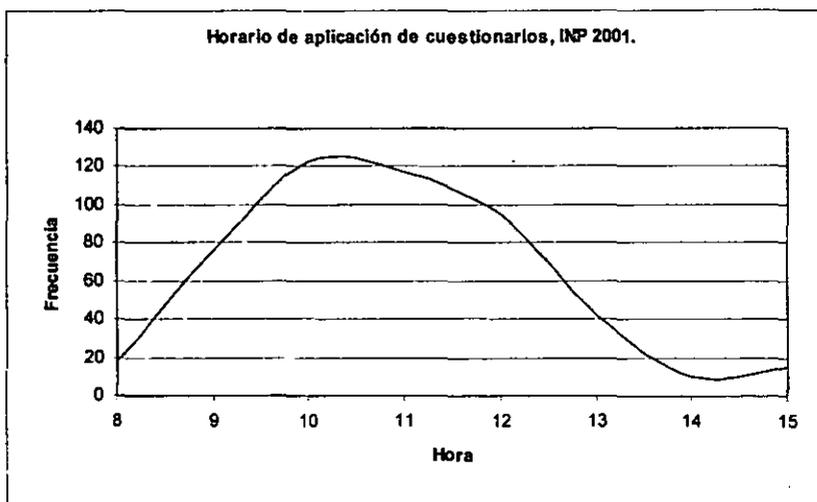
Análisis estadístico:

La información fue recolectada en los cuestionarios elaborados ex –profeso; se codificó en el espacio incluido para tal fin. Se concentró en hoja electrónica de Excel (Paquete Informático Office 1997). En el caso la clasificación socioeconómica, piso y especialidad a la que acudió el usuario se expresaron en porcentajes; las dos primeras se muestran gráficamente. Para las variables de tipo cuantitativo (minutos de espera) se calculó promedio, mediana y rango. Las variables ordinales se expresan en porcentajes y algunas de ellas se

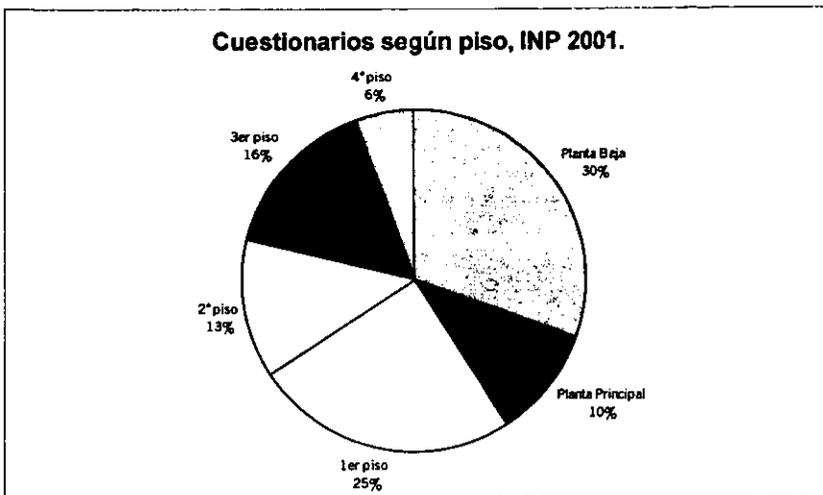
muestran gráficamente. Se reporta la tasa de no respuesta para las diferentes preguntas. Para el cálculo de porcentajes de respuesta se tomó en cuenta sólo la muestra válida para cada pregunta; es decir, se excluyeron los valores sin respuesta dentro de cada variable. Se realizó el cálculo automatizado en programa informático SPSS versión 10. Se calcularon los límites de satisfacción de usuarios para un intervalo de confianza de 95%. Se aplicó χ^2 de Pearson para una muestra³¹ para evaluar satisfacción de usuarios. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

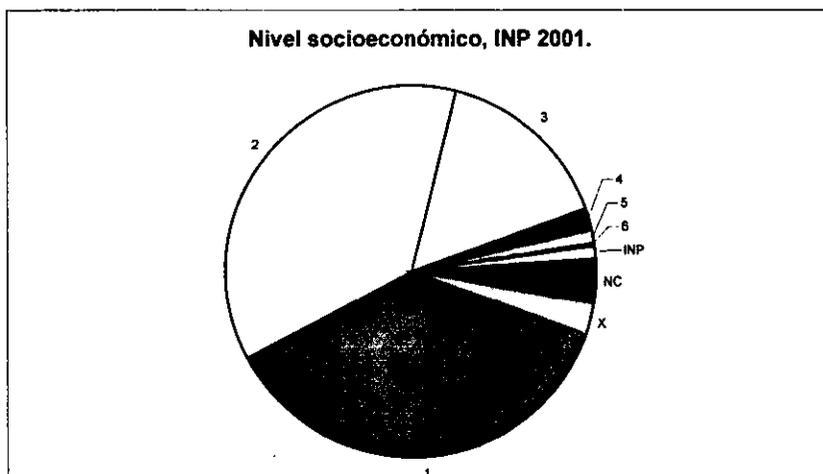
Se aplicaron 510 cuestionarios entre el 11 de febrero y 22 de marzo de 2001 en los pisos que se otorga consulta externa de especialidad en un horario de 8 a 15 horas. La gráfica 1 muestra la distribución de la hora de aplicación del cuestionario. La distribución de cuestionarios por piso se muestra en la gráfica 2 y la tabla II muestra la distribución por especialidad.



Gráfica 1. Distribución de cuestionarios de acuerdo a hora de aplicación, INP 2001.



Gráfica 2. Distribución de cuestionarios por piso, INP 2001.



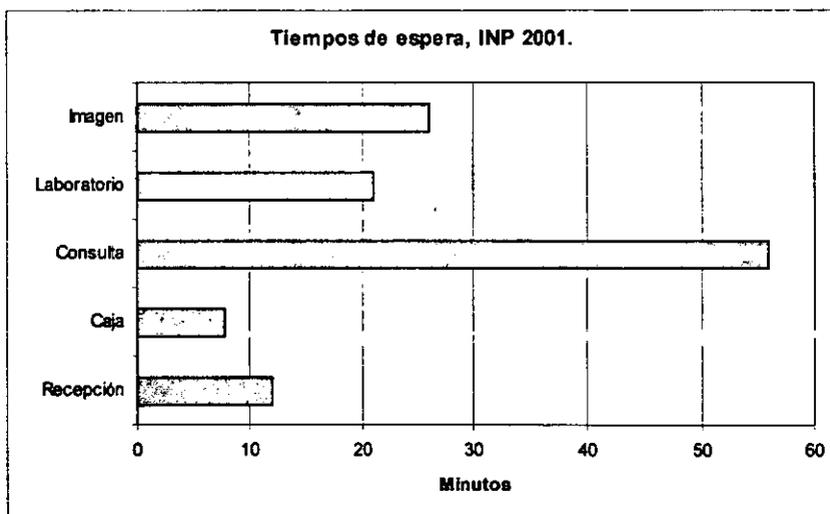
Gráfica 3. Nivel socioeconómico en la muestra, INP 2001.

Muestra estratificada por especialidad y piso.								
Consultas otorgadas en 2000					Cuestionarios planeados		Cuestionarios aplicados	
Servicio	Clave	Consultas	Piso	% Cons.	Decimales	Número	Número	%
Alergia	1	4825	1	5.14	25.69907	26	28	5.12
Cardiología	2	1531	2	1.63	8.154461	8	10	1.97
Cirugía Cardiovascular	3	781	2	0.83	4.159787	4	5	0.98
Cirugía general	4	3222	2	3.43	17.16112	17	18	3.54
Cirugía Plástica	5	1840	2	1.96	9.800266	10	17	3.35
Comunicación humana	6	2858	0	3.04	15.22237	15	15	2.95
Dermatología	7	2407	0	2.56	12.82024	13	14	2.76
Endocrinología	8	3034	0	3.23	16.15979	16	16	3.15
Estomatología	9	13946	P	14.86	74.27963	74	51	10
Gastronutrición	10	3661	4	3.90	19.49933	19	24	4.72
Genética	11	1546	3	1.65	8.234354	8	11	2.17
Hematología	12	8339	1	8.88	44.41545	44	50	9.84
Infectología	13	1185	4	1.26	6.311585	6	6	1.18
Inmunología	14	1461	3	1.56	7.781625	8	8	1.57
Medicina Física	15	4624	0	4.93	24.6285	25	17	3.35
Medicina Interna	16	1155	3	1.23	6.151798	6	6	1.18
Nefrología	17	1935	1	2.06	10.30626	10	10	1.97
Neonatología	18	683	3	0.73	3.637816	4	4	0.79
Neumología	19	1101	2	1.17	5.864181	6	8	1.57
Neurocirugía	20	2435	1	2.59	12.96937	13	13	2.56
Neurología	21	3963	3	4.22	21.10786	21	21	4.13
Oftalmología	22	3795	1	4.04	20.21305	20	23	4.53
Oncología	23	4985	3	5.31	26.55126	27	29	5.71
Ortopedia	24	7930	0	8.45	42.23702	42	46	9.06
Otorrinolaringología	25	3501	0	3.73	18.64714	19	19	3.74
Parasitología	26	102	4	0.11	0.543276	1	1	0.2
Pediatría (C. externa)	27		P	0.00	0	0	0	0
Psiquiatría	28	2971	0	3.16	15.82423	16	16	3.15
Radioterapia	29	873	0	0.93	4.6498	5	5	0.98
Salud Reproductiva	30	1389	0	1.48	7.398136	7	9	1.77
Urología	31	1797	2	1.91	9.571238	10	10	1.97
Total		93875		100.00	500.00	500	508	100

Tabla II. Cuestionarios aplicados por especialidad, INP 2001.

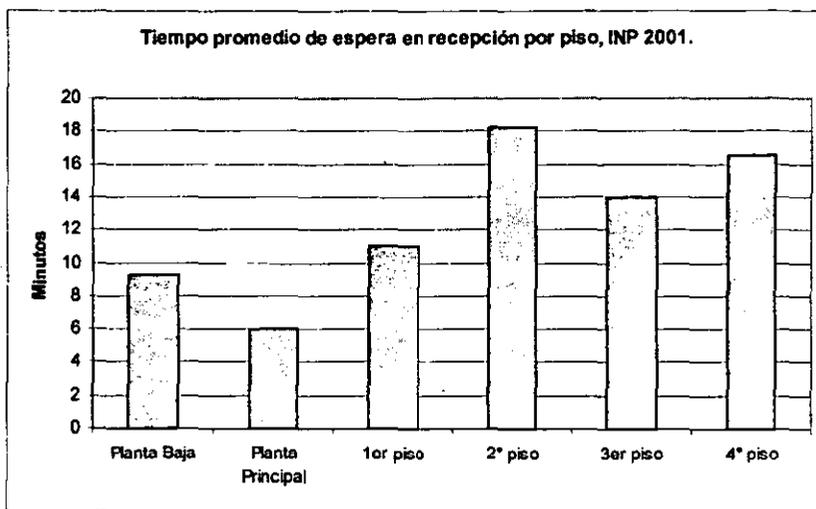
El nivel socioeconómico de los pacientes puede verse en la gráfica 3; las clasificaciones más frecuentes fueron la 1 y 2 con 187 casos (36.6%) cada una.

La gráfica 4 muestra los tiempos de espera en diferentes sitios donde el paciente acude para recibir consulta de especialidad. El tiempo de espera en la recepción de enfermería fue de 12 minutos en promedio, en la caja de 7.8 minutos, para pasar a consulta a partir de la hora de la cita de 56 minutos, en laboratorio de 21 minutos y en estudios de imagen de 26 minutos. El promedio de espera de los pacientes que acudieron a consulta, toma de productos de laboratorio e imagen fue de 103 minutos.



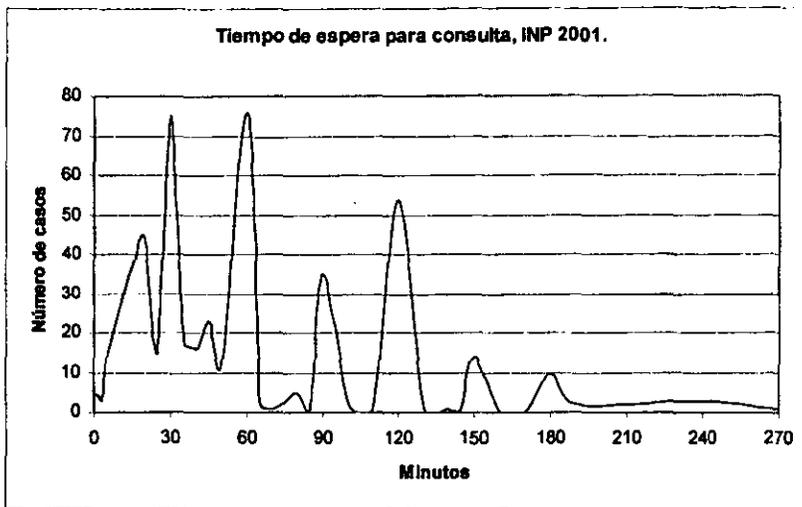
Gráfica 4. Tiempos de espera promedio en diferentes sitios, INP 2001.

El tiempo de espera en recepción de enfermería se detalla por piso en la gráfica 5; la espera más prolongada fue en el 2° piso con más de 18 minutos y la más corta en la Planta Principal con 6 minutos.



Gráfica 5. Tiempos de espera en recepción de enfermería por piso, INP 2001.

La gráfica 6 muestra la distribución de los diferentes tiempos de espera para consulta de toda la muestra; puede apreciarse que no se trata de una distribución normal. La tabla III muestra los valores estadísticos de tiempo de espera para pasar a consulta con el médico para toda la muestra y se observa que la mediana es de 40 minutos y el promedio es de 56, dado por algunos tiempos de espera demasiado prolongados.



Gráfica 6. Distribución de tiempos de espera para consulta, INP 2001.

Tiempo de espera para pasar a consulta	
Tamaño de la muestra (n)	510
Sin respuesta	5
Muestra válida	505
Promedio	56
Moda	60
Desviación estándar	46
Mínimo	0
Máximo	270
Percentil 25	20
Percentil 50	40
Percentil 75	82

Tabla III. Datos estadísticos de los tiempos de espera para consulta, INP 2001.

Tiempo de espera para consulta, orden decreciente*					
Servicio	Clave	n	Promedio	Mínimo	Máximo
Ortopedia	24	46	107.93	15	240
Neurocirugía	20	13	97.08	5	145
Salud Reproductiva	30	9	89.38	15	150
Hematología	12	50	77.84	2	270
Genética	11	11	67.73	10	150
Gastronutrición	10	24	64.38	15	120
Oncología	23	29	62.59	15	180
Infectología	13	6	58.33	50	60
Neumología	19	8	56.88	25	150
Neurología	21	21	55.24	5	180
Endocrinología	8	16	51.25	10	150
Alergia	1	28	51.15	15	150
Cirugía general	4	18	48.53	0	120
Otorinolaringología	25	19	47.89	15	120
Cirugía Plástica	5	17	46.76	5	180
Neonatología	18	4	45	15	120
Nefrología	17	10	43.2	2	120
Oftalmología	22	23	40.43	10	90
Medicina Física	15	17	40.18	3	180
Estomatología	9	51	39.56	0	180
Comunicación humana	6	15	38.57	10	60
Medicina Interna	16	6	35.83	15	100
Psiquiatría	28	16	34.06	2	120
Dermatología	7	14	31.07	10	60
Inmunología	14	8	27.5	20	50
Urología	31	10	26	0	60
Radioterapia	29	5	25.4	2	50
Radiología	35	2	25	10	40
Cirugía Cardiovascular	3	5	21	5	45
Cardiología	2	10	20.5	5	45
Parasitología	26	1	20	20	20
Total:		510	56.26	0	270

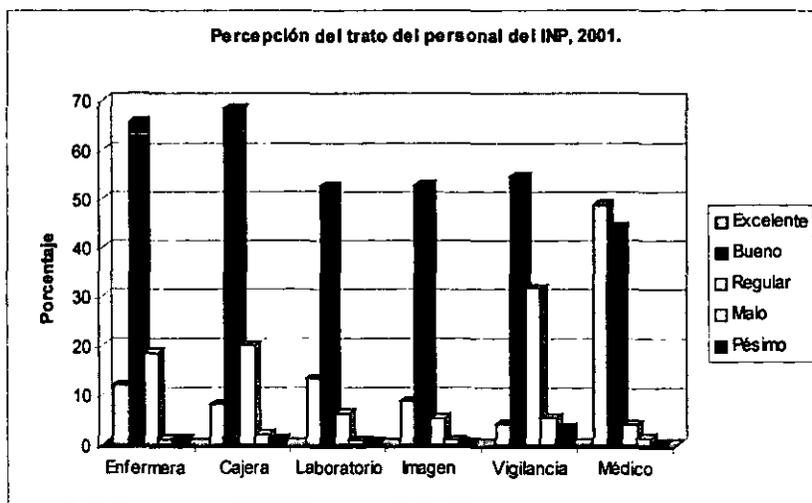
n: tamaño de la muestra

Cifras en minutos a partir de la hora de la cita

Tabla IV. Tiempo de espera promedio por especialidad, INP 2001.

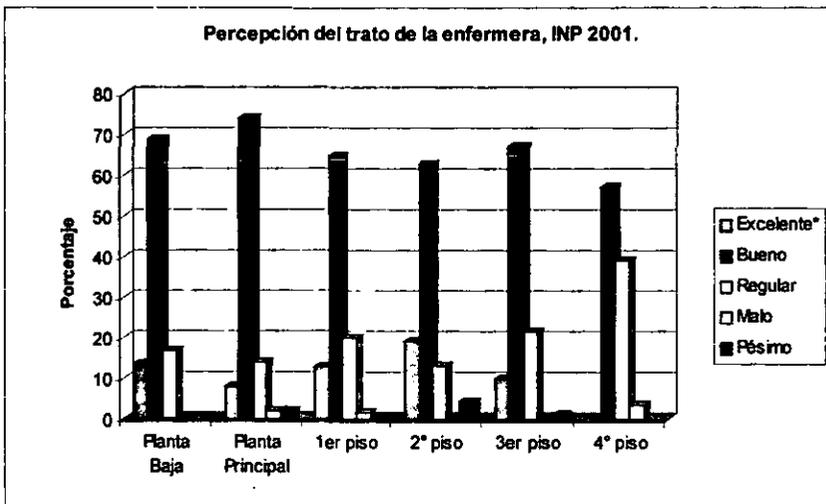
La tabla IV muestra el tiempo de espera promedio para pasar a consulta detallado para cada especialidad, en orden decreciente. Ortopedia es el servicio con tiempo de espera promedio para consulta más prolongado, con 107.9 minutos, seguido por Neurocirugía (97 minutos), Salud Reproductiva (89 minutos), Hematología (77 minutos) y Genética (67 minutos). Los servicios con tiempos de espera más cortos fueron Parasitología (20 minutos), Cardiología (20.5 minutos) y Cirugía Cardiovascular (21 minutos).

En la gráfica 7 se pueden observar las respuestas de la muestra completa respecto a la percepción del trato del personal de la institución; donde el médico obtiene los porcentajes más altos de trato excelente y el personal de vigilancia los más bajos.



Gráfica 7. Percepción del trato de diferente personal, INP 2001.

La percepción del trato de la enfermera fue: excelente en 62 casos (12%), bueno en 335 casos (65%), regular en 95 (19%), malo en 5 (1%), pésimo en 6 (1%) y no respondieron 7 usuarios (1%); se han redondeado porcentajes en esta y otras respuestas para mejor comprensión; la gráfica 8 muestra la percepción del trato de la enfermera detallado por piso. El trato de la cajera se percibe excelente en 42 casos (8%), bueno en 349 (68.5%), regular en 102 (20%), malo en 10 (2%) y malo en 5 (1%); no respondieron 2 personas (0.5%).



Gráfica 8. Trato de la enfermera por piso, INP 2001.

Acudieron al servicio de “Toma de productos de laboratorio” 375 pacientes; el trato por el personal de este servicio se percibe excelente en 69 casos (18% de los pacientes que acudieron a este servicio), bueno en 268 (71.5%), regular en 32 (9%), malo en 4 (1%), pésimo en 2 (0.5%). Acudieron a Radiología 347 usuarios; entre ellos se percibe el trato del personal de Radiología como excelente en 45 usuarios (13%), bueno en 269 (77.5%), regular en 27 (8%), malo en 4 (1%) y pésimo en 2 (0.5%). El personal de vigilancia y seguridad se percibe con un trato excelente en 21 casos (4%), bueno en 278 (55%), regular en 162 (32%), malo en 28 (5%) y pésimo en 17 (3%); no contestaron 4 usuarios (1%). El trato del médico se percibe excelente en 249 casos (49%), bueno en 225 casos (44%), regular en 21 casos (4%), malo en 7 casos (1%) y nadie opinó que fuera pésimo; 8 usuarios no contestaron (2%). La tabla V muestra la opinión sobre el trato del médico, detallado por especialidad.

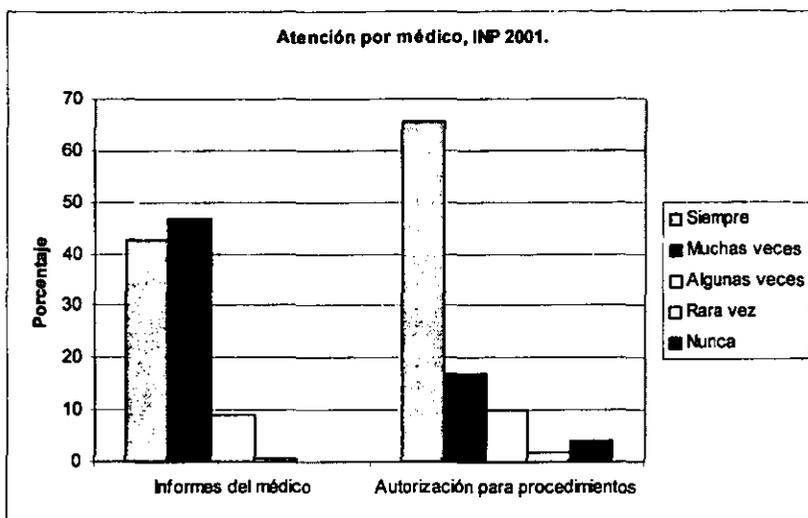
Opinión del trato del médico.								
Servicio	Clave	n	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	Suma
Alergia	1	26	50	50				100
Cardiología	2	10	60	30	10			100
Cirugía Cardiovascular	3	5	100					100
Cirugía general	4	18	44.4	50		5.6		100
Cirugía Plástica	5	17	52.9	41.2	5.9			100
Comunicación humana	6	15	66.7	26.7	6.7			100.1
Dermatología	7	14	53.8	15.4	30.8			100
Endocrinología	8	16	18.8	50	25	6.3		100.1
Estomatología	9	51	42	54	4			100
Gastronutrición	10	24	54.2	41.7	4.2			100.1
Genética	11	11	72.7	27.3				100
Hematología	12	50	62	34		4		100
Infectología	13	6	33.3	66.7				100
Inmunología	14	8	87.5	12.5				100
Medicina Física	15	17	52.9	47.1				100
Medicina Interna	16	6		83.3	16.7			100
Nefrología	17	10	60	40				100
Neonatología	18	4	25	50		25		100
Neumología	19	8	75	25				100
Neurocirugía	20	13	58.3	33.3	8.3			99.9
Neurología	21	21	42.9	47.6	9.5			100
Oftalmología	22	23	52.2	43.5		4.3		100
Oncología	23	29	33.3	59.3	7.4			100
Ortopedia	24	46	26.7	68.9	4.4			100
Otorrinolaringología	25	19	68.4	31.6				100
Parasitología	26	1		100				100
Pediatría (C. externa)	27	0						0
Psiquiatría	28	16	28.6	71.4				100
Radioterapia	29	5	40	60				100
Salud Reproductiva	30	9	77.8	22.2				100
Urología	31	10	90	10				100
Radiología	35	2		100				100
Total:		510	55.7	40.2	3.3	0.8		100

n: tamaño de la muestra

Cifras en porcentajes de respuestas positivas.

Tabla V. Percepción del trato del médico por especialidad, INP 2001.

La preparación profesional del médico se percibe excelente en 283 casos (55.5%), buena en 204 casos (40%), regular en 17 casos (3%) y mala en 4 casos (1%); nadie opinó que fuera pésima y 2 personas no contestaron (0.5%); la tabla VI muestra la percepción de la preparación del médico detallada por especialidad. A 218 personas (43%) les parece excelente la explicación del médico sobre la enfermedad de su hijo, a 239 (47%) les parece buena, a 46 (9%) les parece regular, a 4 (0.5%) les parece mala; a nadie le parece pésima y 3 personas no contestaron (0.5%); la tabla VII muestra la percepción de la explicación por el médico detallada por especialidad. A 334 familiares (65%) siempre le solicitan autorización para realizar procedimientos a su hijo, a 86 (17%) se lo solicitan muchas veces, a 51 (10%) algunas veces, a 10 (2%) rara vez se lo solicitan y a 21 familiares (4%) nunca le solicitan autorización; 8 personas (2%) no respondieron; la tabla VIII muestra el porcentaje de solicitud de procedimientos por el médico, detallado por especialidad. La gráfica 9 muestra la percepción de los usuarios sobre los informes que proporciona el médico y la solicitud de autorización en toda la muestra.



Gráfica 9. Informes del médico sobre la enfermedad del paciente
y solicitud para procedimientos por el familiar, INP 2001.

Opinión del trato del médico.								
Servicio	Clave	n	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Pésimo	Suma
Alergia	1	26	50	50				100
Cardiología	2	10	60	30	10			100
Cirugía Cardiovascular	3	5	100					100
Cirugía general	4	18	44.4	50		5.6		100
Cirugía Plástica	5	17	52.9	41.2	5.9			100
Comunicación humana	6	15	66.7	26.7	6.7			100.1
Dermatología	7	14	53.8	15.4	30.8			100
Endocrinología	8	16	18.8	50	25	6.3		100.1
Estomatología	9	51	42	54	4			100
Gastronutrición	10	24	54.2	41.7	4.2			100.1
Genética	11	11	72.7	27.3				100
Hematología	12	50	62	34		4		100
Infectología	13	6	33.3	66.7				100
Inmunología	14	8	87.5	12.5				100
Medicina Física	15	17	52.9	47.1				100
Medicina Interna	16	6		83.3	16.7			100
Nefrología	17	10	60	40				100
Neonatología	18	4	25	50		25		100
Neumología	19	8	75	25				100
Neurocirugía	20	13	58.3	33.3	8.3			99.9
Neurología	21	21	42.9	47.6	9.5			100
Oftalmología	22	23	52.2	43.5		4.3		100
Oncología	23	29	33.3	59.3	7.4			100
Ortopedia	24	46	26.7	68.9	4.4			100
Otorrinolaringología	25	19	68.4	31.6				100
Parasitología	26	1		100				100
Pediatría (C. externa)	27	0						0
Psiquiatría	28	16	28.6	71.4				100
Radioterapia	29	5	40	60				100
Salud Reproductiva	30	9	77.8	22.2				100
Urología	31	10	90	10				100
Radiología	35	2		100				100
Total:		510	55.7	40.2	3.3	0.8		100

n: tamaño de la muestra

Cifras en porcentajes de respuestas positivas.

Tabla VI. Percepción de la preparación del médico por especialidad, INP 2001.

Opinión sobre la explicación del médico.								
Servicio	Clave	n	Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésimo	Suma
Alergia	1	26	50	50				100
Cardiología	2	10	90	10				100
Cirugía Cardiovascular	3	5	100					100
Cirugía general	4	18	27.8	44.4	22.2	5.6		100
Cirugía Plástica	5	17	35.3	58.8	5.9			100
Comunicación humana	6	15	40	46.7	13.3			100
Dermatología	7	14		78.6	21.4			100
Endocrinología	8	16	50	31.3	18.7			100
Estomatología	9	51	47.1	47.1	5.8			100
Gastronutrición	10	24	45.8	45.8	8.3			99.9
Genética	11	11	81.8	18.2				100
Hematología	12	50	61.2	30.8	8.2			100
Infectología	13	6		83.3	16.7			100
Inmunología	14	8	75	25				100
Medicina Física	15	17	17.6	76.5	5.9			100
Medicina Interna	16	6	16.7	66.7	16.7			100.1
Nefrología	17	10	60	30	10			100
Neonatología	18	4		75		25		100
Neumología	19	8	50	50				100
Neurocirugía	20	13	38.5	30.8	30.8			100.1
Neurología	21	21	42.9	42.9	14.3			100.1
Oftalmología	22	23	47.8	43.5	4.3	4.3		99.9
Oncología	23	29	41.4	44.8	13.8			100
Ortopedia	24	46	23.9	63	10.9	2.2		100
Otorrinolaringología	25	19	31.6	63.2	5.3			100.1
Parasitología	26	1		100				100
Pediatría (C. externa)	27	0						0
Psiquiatría	28	16	31.3	56.3	12.5			100.1
Radioterapia	29	5	20	80				100
Salud Reproductiva	30	9	44.4	55.6				100
Urología	31	10	80	20				100
Radiología	35	2		100				100
Total:		510	43	47.1	9.1	0.8		100

n: tamaño de la muestra
 Cifras en porcentajes de respuestas positivas.

Tabla VII. Explicación del médico a los familiares por especialidad, INP 2001.

Solicitud para procedimientos.								
Servicio	Clave	n	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca	Suma
Alergia	1	26	64	36				100
Cardiología	2	10	100					100
Cirugía Cardiovascular	3	5	100					100
Cirugía general	4	18	94.1			5.9		100
Cirugía Plástica	5	17	94.1		5.9			100
Comunicación humana	6	15	42.9	28.6	7.1	7.1	14.3	100
Dermatología	7	14	38.5	23.1	38.5			100.1
Endocrinología	8	16	56.3	12.5	31.3			100.1
Estomatología	9	51	82	6	10	2		100
Gastronutrición	10	24	41.7	45.8	12.5			100
Genética	11	11	72.7	18.2	9.1			100
Hematología	12	50	52	28	18	2		100
Infectología	13	6		50	50			100
Inmunología	14	8	100					100
Medicina Física	15	17	29.4	11.8	11.8		47.1	100.1
Medicina Interna	16	6	33.3	16.7	50			100
Nefrología	17	10	100					100
Neonatología	18	4		50	25	25		100
Neumología	19	8	100					100
Neurocirugía	20	13	66.7	16.7	16.7			100.1
Neurología	21	21	70	20	5	5		100
Oftalmología	22	23	78.3			8.7	13	100
Oncología	23	29	51.7	34.5	10.3	3.4		99.9
Ortopedia	24	46	84.8	6.5	8.7			100
Otorrinolaringología	25	19	84.2	15.8				100
Parasitología	26	1	100					100
Pediatría (C. externa)	27	0						0
Psiquiatría	28	16	40	13.3	6.7		40	100
Radioterapia	29	5	40	60				100
Salud Reproductiva	30	9	44.4	33.3	11.1	11.1		99.9
Urología	31	10	100					100
Radiología	35	2	100					100
Total:		510	66.5	17.1	10.2	2	4.2	100

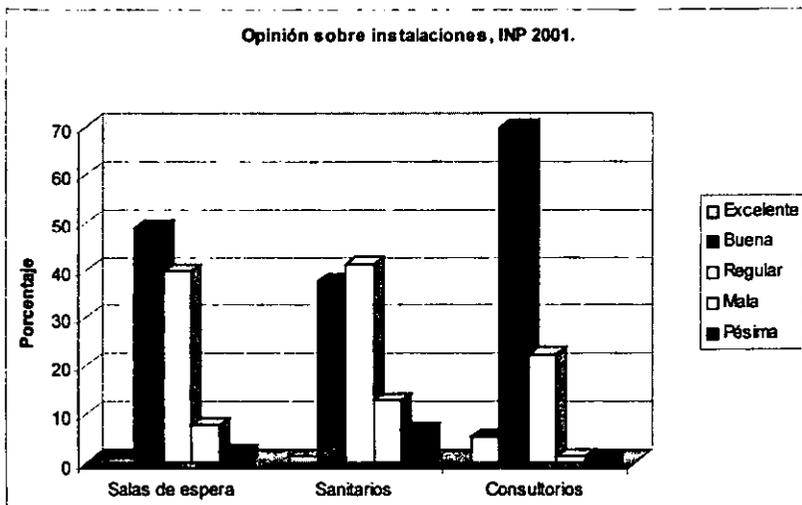
n: tamaño de la muestra

Cifras en porcentajes de respuestas positivas.

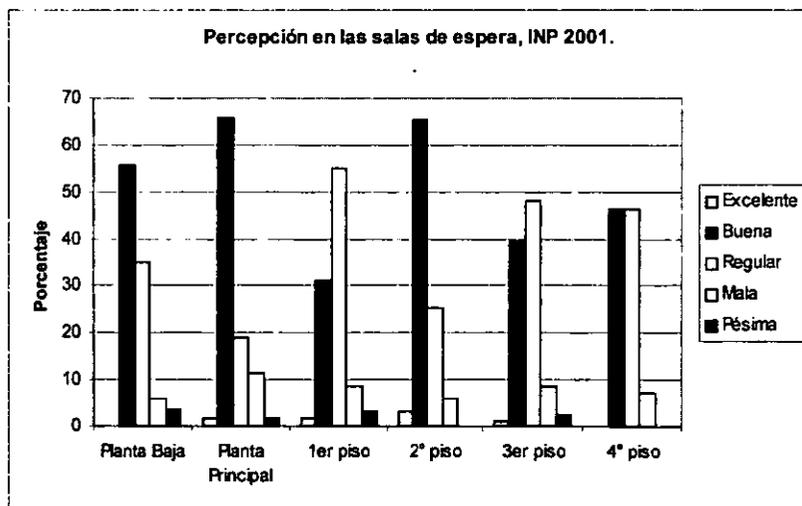
Tabla VIII. Solicitud del médico para procedimientos por especialidad, INP 2001.

La percepción de las instalaciones por los usuarios se muestra en la gráfica 10. La percepción del estado físico de las salas de espera es excelente en 6 casos (1%), bueno en 250 (49%), regular en 203 (40%), mala en 39 (8%) y pésima en 12 (2%); la gráfica 11 muestra la percepción de la sala de espera detallada por piso. Los sanitarios se perciben excelentes en 7 casos (1%), buenos en 192 (38%), regulares en 210 (41%), malos en 65 (13%) y pésimos en 34 (6.6%); 2 usuarios (0.4%) no respondieron; la gráfica 12 muestra la percepción de los sanitarios detallada por piso. La percepción de los consultorios es excelente en 27 casos (5%), buena en 356 (70%), regular en 114 (22%), mala en 7 (1%) y pésima en 4 (0.6%); 2 usuarios no respondieron (0.4%); la gráfica 13 muestra la percepción del estado físico de los consultorios detallada por piso.

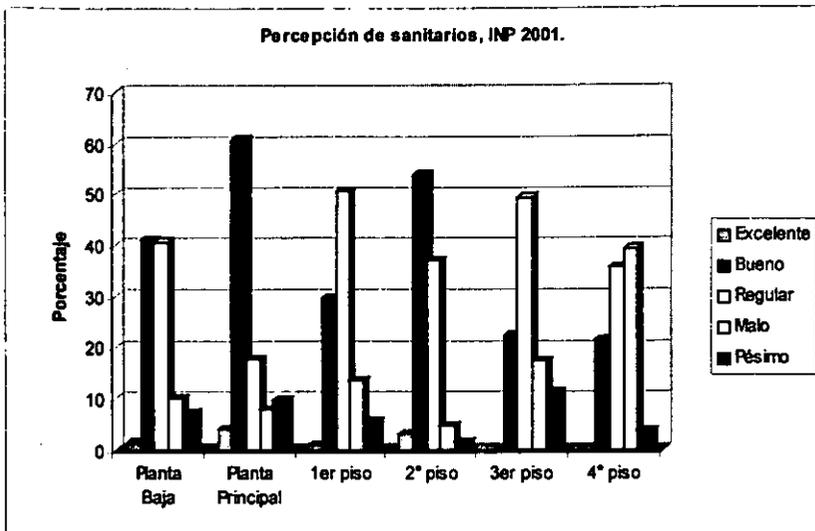
492 usuarios contestaron que estaban satisfechos con el servicio recibido, 11 respondieron que regular o no estaban satisfechos; 7 pacientes no respondieron. El porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio en general fue de 97.8% (IC 95% 96.5 – 99.1%) entre aquéllos que respondieron el cuestionario, con una $p < 0.001$. La tabla IX muestra el detalle de usuarios satisfechos por especialidad.



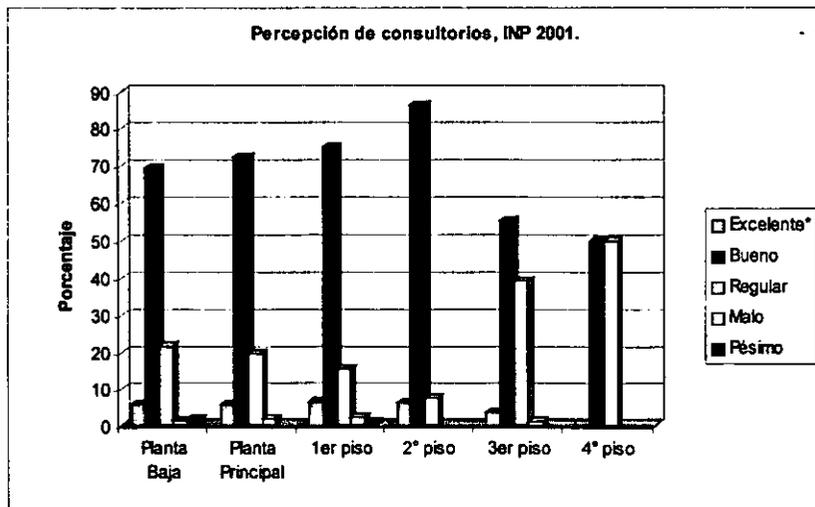
Gráfica 10. Percepción de algunas instalaciones físicas, INP 2001.



Gráfica 11. Percepción de salas de espera por piso, INP 2001.



Gráfica 12. Percepción del estado físico de sanitarios por piso, INP 2001.



Gráfica 13. Percepción de consultorios por piso, INP 2001.

Satisfacción con el servicio en general.					
Servicio	Clave	n	No	Sí	Total
Alergia	1	26		100	100
Cardiología	2	10		100	100
Cirugía Cardiovascular	3	5		100	100
Cirugía general	4	18		100	100
Cirugía Plástica	5	17	5.9	94.1	100
Comunicación humana	6	15		100	100
Dermatología	7	14		100	100
Endocrinología	8	16	12.5	87.5	100
Estomatología	9	51	2	98	100
Gastronutrición	10	24	4.3	95.7	100
Genética	11	11		100	100
Hematología	12	50		100	100
Infectología	13	6		100	100
Inmunología	14	8		100	100
Medicina Física	15	17		100	100
Medicina Interna	16	6	40	60	100
Nefrología	17	10		100	100
Neonatología	18	4	50	50	100
Neumología	19	8	12.5	87.5	100
Neurocirugía	20	13		100	100
Neurología	21	21		100	100
Oftalmología	22	23		100	100
Oncología	23	29		100	100
Ortopedia	24	46	2.2	97.8	100
Otorinolaringología	25	19		100	100
Parasitología	26	1		100	100
Pediatría (C. externa)	27	0		100	100
Psiquiatría	28	16		100	100
Radioterapia	29	5		100	100
Salud Reproductiva	30	9		100	100
Urología	31	10		100	100
Radiología	35	2			0
Total:		510	2.2	97.8*	100

Cifras en porcentajes de respuestas positivas.

* $p < 0.001$

IC 95%: 96.5 - 99.1%

Tabla IX. Satisfacción de usuarios según especialidad, INP 2001.

Análisis

Los cuestionarios se aplicaron en un periodo de cinco semanas, lo cual permitió disminuir la posibilidad de que situaciones eventuales en un mismo servicio (cursos, enfermedad, vacaciones de algún integrante, sobrecarga temporal de actividades, etc.) modificaran los resultados. El horario de aplicación del cuestionario muestra una distribución tendiente a la normal con un sesgo hacia las 15 horas. Esta distribución corresponde a los horarios en que son citados los pacientes y el sesgo corresponde a la hora en que se citan los pacientes de cirugía general, ya que un grupo importante de pacientes se cita martes y jueves a las 13:30 horas y se termina la consulta entre 15:30 y 16 horas. La distribución por especialidades corresponde en términos generales a la misma proporción con que se imparte la consulta, a excepción de Estomatología, lo cual no tiene ninguna implicación para esta investigación dado que no se trata estrictamente de una especialidad pediátrica, sino odontológica. La distribución por piso es similar a aquélla con que se proporciona la consulta. Estos hechos nos hablan de la representatividad de la muestra respecto al total de la población, lo que da validez externa a la investigación³².

El nivel socioeconómico de la población que atiende el INP es eminentemente bajo, evidenciado por tres cuartas partes de la muestra pertenecientes a las

clasificaciones X, 1 y 2. La tabla X muestra el precio de la consulta de especialidad para cada clasificación socioeconómica. Para darnos una idea del pago, un paciente con clasificación 1 pagó durante el año 2001 una cantidad de \$9.00 por consulta de especialidad, lo que equivale a 0.95 dólares americanos o a 0.22 días de salario mínimo general para el Distrito Federal en el mismo año.

Nivel	Pesos
X	0
1	9
2	18
3	41
4	87
5	194
6	388
INP	0

Tabla X. Precio de la consulta de acuerdo a clasificación socioeconómica, INP 2001.

La importancia de que la población tenga bajo nivel cultural y pobre poder económico estriba en que puede ver al INP como una institución de caridad, con poca expectativa respecto a sus derechos como pacientes y dispuestos a pasar por una serie de incomodidades si logran finalmente el objetivo de ser atendidos por el médico.

El resultado más llamativo de la encuesta es sin duda el largo periodo de espera para pasar a consulta dado que el paciente tiene una cita, lo cual representa una enorme oportunidad de mejorar. El promedio es de 56 minutos, pero el tiempo máximo de espera llegó hasta 240 minutos y no debe haber algún motivo para que un paciente espere durante 4 horas cuando tiene una cita programada. Resulta difícil comparar estos resultados con la literatura, ya que no se encontraron reportes similares; un estudio que incluyó tiempos de espera es el realizado en el hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Salvador Zubirán” hace más de una década³⁵; a pesar de que los resultados no se pueden comparar por el uso de diferente metodología, también se encontró tiempo de espera prolongado antes de pasar con el médico. Por tratarse la presente investigación de la percepción de los usuarios, está sujeta a error en la medición de los tiempos de espera. Si observamos la gráfica 6, podremos identificar que presenta incrementos modales en las horas completas y en las fracciones de 30 minutos; esto se debe a la tendencia del

usuario a “redondear” cifras. Se recomienda un estudio posteriormente para la medición exacta de los tiempos de espera, comparando la hora de la cita que está anotada en la tarjeta de citas y la hora en que los pacientes entran al consultorio médico. De cualquier forma, el estudio efectuado es importante porque el tiempo que los usuarios expresaron es el tiempo que ellos perciben haber esperado.

El análisis de los tiempos de espera por especialidad debe tomarse con reservas, ya que si bien la muestra está estratificada por servicio, es representativa de la población del instituto y de cada piso, pero no es representativa en todos los casos del total de consultas dentro de cada especialidad. Sin embargo, para especialidades con proporción grande de consultas otorgadas, se obtuvo un tamaño de muestra que puede permitir observar una tendencia; al despejar la fórmula respectiva, sabemos que una muestra de tamaño 25 ofrecerá un error estándar de 10%, con lo cual la tendencia observada en aquellas especialidades con muestra mayor observará poca variación. De esta forma, las especialidades que pueden aceptarse para este análisis son en orden alfabético: Alergia, Estomatología, Hematología, Oncología y Ortopedia. La especialidad con tiempo promedio de espera más prolongado (107 minutos) fue Ortopedia. Es la especialidad que ocupa el tercer lugar en número de consultas otorgadas dentro de la institución

(8.45%), por lo que mejorar el tiempo de espera de este servicio tendrá impacto en el tiempo de espera promedio de la población atendida. En la misma situación está el servicio de Hematología que ocupa el segundo lugar en porcentaje de consulta (8.8%) y tiempo de espera promedio muy prolongado (77 minutos). Estas especialidades requieren atención particular e implementar mejoras inmediatamente; más adelante se hacen propuestas específicas y estos servicios pueden ser los receptores de programas piloto.

En el INP se tiene como meta un tiempo de espera máximo de 45 minutos a partir de la hora de la cita, lo cual se encuentra expresado en carteles colocados en las recepciones de enfermería; a pesar de que el tiempo es aún muy prolongado, casi la mitad de los pacientes esperan más de este tiempo lo cual se evidencia por una mediana en 40 minutos.

Se informó a algunos médicos adscritos y jefes de servicio acerca de los tiempos de espera para pasar a consulta y en respuesta, la mayoría de ellos trató de justificar los resultados y pocos de ellos indicaron soluciones viables.

En una gran proporción se hicieron solicitudes para aumentar la plantilla de médicos, enfermeras, equipo de los consultorios (computadoras, ventanas, aire acondicionado, etc.) con la justificación de mejorar la calidad, pero no se hicieron propuestas para mejorar el servicio con los recursos disponibles. Esta actitud ha sido reportada en clínicas de una organización no gubernamental, en

donde una evaluación antes de establecer un programa de calidad demostró una actitud de indiferencia, posiciones personales de defensa y conducta entre el personal que trataba de esconder eventos centinela; después de la intervención en calidad se modificó hacia una conducta de utilizar las herramientas de mejora de calidad para resolver problemas³⁶.

En investigación por observación directa en los diferentes pisos del INP se pudieron detectar las siguientes causas del tiempo de espera prolongado:

1. Retraso del médico en iniciar la consulta.
2. Citar pacientes simultáneamente.
3. Suspensión temporal de la consulta por el médico para atender otros asuntos.
4. Falta de expediente clínico.
5. Falta de resultados de laboratorio y de estudios de gabinete.
6. Atención de pacientes sin cita.
7. Pacientes foráneos con citas múltiples.

Quizá el principal factor aislado que lleva a exceso de espera por los pacientes es el retraso de los médicos para iniciar la consulta; al interrogar a los médicos sobre las causas para iniciar la consulta más tarde del horario programado,

indicaron que tienen otras actividades asistenciales y académicas que frecuentemente impiden iniciarla a tiempo. Una solución a este problema es asignar a médicos de un servicio para que durante un tiempo determinado sólo tengan el compromiso de la parte asistencial en consulta externa y así no alternen actividades en otras áreas. El sistema puede ser rotatorio entre los médicos de un mismo servicio, y se podrán programar sus actividades con anticipación. Este sistema es aplicado parcialmente por algunas especialidades; por ejemplo las quirúrgicas no programan cirugías a los médicos el mismo día que citan pacientes a consulta.

Es necesario que los médicos de todas las especialidades conozcan los tiempos de espera de sus pacientes; las ventajas son múltiples: a) se sabrán observados, de tal forma que sabrán que la impuntualidad de su parte será conocida por las autoridades médicas, b) servirá de retroalimentación para que ellos mismos sepan las consecuencias de su retraso, c) podría establecerse una especie de competencia entre las especialidades para establecer cuáles proporcionan el servicio en forma más eficiente (no sólo por los tiempos de espera, sino por otras características como trato, satisfacción de usuarios, etc.). Para ello será indispensable establecer un sistema público de información ya sea en franelógrafos o en sesiones con el personal; un incentivo para los médicos

puede ser el otorgar reconocimientos públicos para los que mejor puntaje observen.

Otro problema mayor que incide en largos tiempos de espera es la programación de citas de varios pacientes con un mismo médico a la misma hora. La mayoría de las especialidades lo hacen, lo que lógicamente impide que todos los pacientes sean atendidos en forma puntual; aún en caso de que el médico asista a la hora programada. La solución para este problema es llevar un control efectivo de citas, no duplicando la misma hora a dos pacientes. La propuesta se hizo a las áreas implicadas y los médicos respondieron que no es posible hacerlo de esta forma (como se realiza en la consulta privada), ya que si un paciente llega tarde o no acude, sería un tiempo muerto para el médico. Se acordó que los pacientes serían citados en bloques de una hora, con un máximo de cinco pacientes, lo que asegura que el médico podrá iniciar la consulta con uno de cinco pacientes que llegue puntual, y si un paciente llega tarde, podrá ser atendido dentro del mismo bloque de una hora. Este sistema mejora el tiempo de espera, pero aún así, el último paciente de cada hora esperará inevitablemente al menos 40 minutos. Se propone hacer una investigación exploratoria con una especialidad que presente gran problema de tiempos de espera, para obtener datos acerca de la puntualidad de los pacientes, y la tasa con que faltan a su cita. De esta manera se podrá realizar

una programación a la medida, y se disminuirá la espera de los pacientes sin que los médicos tengan tiempos ociosos.

Algunos médicos suspenden temporalmente su consulta para atender otros asuntos, que pueden ser personales, asistenciales o académicos, pero que causan espera prolongada en los pacientes que ya están citados, ya están en la sala de espera y aún no son atendidos. Si los médicos responsables de otorgar la consulta externa no tienen programadas otras actividades (como se sugirió anteriormente), disminuirá ostensiblemente este problema. Hasta cierto punto permitirá programar asuntos personales fuera del horario de consulta; por ejemplo, un médico que programe vacaciones o asistencia a congresos, no deberá citar pacientes en las mismas fechas. Aunque parece una situación muy lógica, vemos en la práctica a médicos que programaron consulta y alguna otra actividad, lo cual origina que los pacientes citados sean canalizados con otro médico, saturando sus actividades y prolongando inevitablemente la espera por los pacientes.

La falta de expedientes clínicos tiene su origen cuando el médico programa la cita del paciente, dado que frecuentemente se anota la cita en la tarjeta de citas del paciente, pero no se anota en la agenda de la recepción de enfermería y por lo tanto, el expediente no es solicitado con anticipación. Esta situación se presenta más de una vez en la mayoría de los servicios, según fue observado

en investigación directa, por lo que en una misma recepción de enfermería se suman los casos de las especialidades a las que presta servicio (cinco en promedio) y se sobrecarga el trabajo para la enfermera del piso y para el archivo que presta servicio a todos los pisos. En algunas ocasiones el médico (o enfermera) sí anota la cita, pero los números son ilegibles, por lo que se solicita al archivo clínico un expediente diferente al que pertenece al paciente citado. La solución al problema de expedientes clínicos será que las citas sean anotadas en forma correcta por el médico en la libreta existente para tal fin y no solamente en el carnet de citas del paciente.

Cuando los estudios de laboratorio que no se encuentran en el expediente, la enfermera tiene que recabar el resultado antes o durante la consulta, por lo que se retrasa la misma para uno o varios pacientes. Aquí las causas pueden ser varias: falta de procesamiento de la muestra, muestras mal rotuladas, pérdida del resultado en laboratorio o por mensajería interna, colocación en expediente distinto, etc. Los pacientes que no fueron anotados en la libreta de citas, tampoco tendrán los estudios de laboratorio o gabinete necesarios para la consulta médica. Una solución ideal a este problema puede ser la adquisición de una red de cómputo que permitiera a los médicos ver el resultado de estudios de laboratorio e imagen en terminales remotas; sin embargo no es una solución viable en el corto plazo desde el punto de vista financiero. Otra

solución a una gran parte de este problema es lograr que el personal que participa en la cadena de servicio (de cara al usuario o en forma oculta), lleve a cabo su labor en forma eficaz; sin embargo no es fácil lograr este reto mayor. Se deberá iniciar un programa de sensibilización a los trabajadores sobre la importancia de la participación de cada uno en el logro del objetivo final de la institución. Cuando un empleado logra comprender que *su* labor es importante, puede incrementar su motivación y mejorar su actividad laboral. Como en el caso de los médicos, es necesario informar los resultados de la investigación a todos los clientes internos de la institución; por un lado les permitirá conocer como se percibe una parte de su trabajo por los usuarios finales y les brindará la oportunidad de mejorar.

Algunos pacientes acuden a consulta sin cita previa, lo cual incrementa los problemas anteriores. Por las características del servicio (asistencia médica), es imposible en muchas ocasiones no atender a los pacientes que llegan con un problema de salud. Sin embargo, la educación hacia los pacientes permitirá hacer un uso adecuado de los servicios de urgencias, en aquellos casos que se requiera y obtener una cita programada cuando la atención pueda esperar. De cualquier forma, los pacientes que acuden sin cita previa a los servicios de consulta programada podrán comprender que no pueden ser atendidos en

forma inmediata, ya que los pacientes que si tienen una cita, serán atendidos preferentemente.

Ya que se ha tocado el tema de educación del paciente, es necesario señalar que derivado de que son citados simultáneamente con un mismo médico, algunos pacientes ya tienen la costumbre de acudir con mucha anticipación a su cita (horas antes) con la finalidad de “ser el primero” en pasar a consulta; por otro lado, algunos saben que pueden llegar tarde y serán atendidos igualmente. Los cambios propuestos anteriormente requieren que tanto médicos, enfermeras y pacientes sean conscientes de que su participación es importante para conseguir un cambio en la eficiencia del servicio y será necesaria flexibilidad por todos los participantes, ya que pueden presentarse quejas derivadas de un cambio en el sistema que tiene muchos años aplicando (ineficientemente). La información oportuna a las partes disminuirá la presentación de problemas secundarios.

El caso de pacientes foráneos que acuden el mismo día a varios servicios requiere atención especial. Puede ser un paciente que acude por la mañana a laboratorio y gabinete y esperar a que se procesen sus estudios antes de pasar a consulta o de un paciente que acude a consulta con varios especialistas. En ambos casos será inevitable que el paciente esperará un tiempo más prolongado que cuando sólo acude a una consulta. Sin embargo, será en estos

casos aún más importante que cada servicio logre puntualidad en su atención, para que los tiempos se sumen y no se multipliquen. En caso de pacientes que acuden a laboratorio, se pueden procesar sus estudios con prioridad, sobre aquellos que acudirán a consulta en otro día, para agilizar el resultado de aquellos que lo esperarán antes de pasar a consulta el mismo día. Ello requiere coordinación entre las diferentes áreas. Una anotación en la solicitud con la palabra “Foráneo” o “Consulta hoy” puede llamar la atención del personal y permitir una atención preferente.

El sistema japonés de *Just in time* (justo a tiempo) es una excelente alternativa para hacer más eficiente el servicio de consulta externa en el INP. Si el médico acude a dar consulta a la hora que cita a los pacientes, los pacientes acuden a su cita a la hora indicada, los técnicos de laboratorio y gabinete reportan sus resultados en el tiempo esperado, el mensajero los entrega en forma oportuna, el personal del archivo los coloca en el expediente sin retraso, y así todas las personas que participamos en esta gran cadena llevamos a cabo nuestra tarea en forma eficiente, los problemas serán excepcionales. Puede parecer difícil y hasta utópico, pero no se logrará si no damos el primer paso, y el primer paso es pensar que puede ser posible y posteriormente llevar a cabo acciones que estén a nuestro alcance para lograrlo. Se requiere capacitar a un grupo de trabajadores en el sistema, para que lo reproduzcan en su área. No será fácil

instalarlo dadas las características de nuestra población, tan acostumbrada a la impuntualidad (que puede verse como “natural”), y a realizar las tareas al “ahí se va”; sin embargo un cambio de actitud en este momento no sólo es útil sino que es necesario y urgente para mejorar el funcionamiento del sistema. En las empresas de la industria privada se tienen frecuentemente programas para mejorar la producción a través de estímulos al personal. Los estímulos no son sólo económicos, sino todos los que permitan al personal “ponerse la camiseta” de la institución, crear conciencia de la importancia de cada engrane en un sistema, felicitaciones públicas, reconocimientos escritos, cursos de relaciones humanas, talleres de trabajo, películas motivacionales y otras actividades que puedan mejorar la satisfacción laboral del personal y que resultarán en una mejor calidad del servicio al cliente interno y externo. El departamento de desarrollo de personal del instituto debe ser el encargado de coordinar las actividades y las autoridades (incluidos los directores y subdirectores de área) estar comprometidos con el programa.

Una propuesta que puede resolver varios problemas a la vez es el establecimiento de círculos de calidad que efectúen programas de mejora continua. Existe ya experiencia en instituciones nacionales que han brindado buenos resultados con este sistema³⁷⁻³⁹. Estos círculos deben estar formados por el personal involucrado en un proceso determinado, en esta caso de

consulta de especialidad. Participarían médicos, enfermeras, personal de caja, archivo, toma de productos, laboratorio y radiología. Con una fase de entrenamiento de un par de días, se puede brindar información a los miembros del círculo para destacar los objetivos y el mecanismo en que debe operar; haciendo énfasis en que los miembros del círculo deben identificar, analizar y proponer soluciones a los problemas, así como efectuar mecanismos de evaluación y prevención. Se debe dar asesoría en forma periódica para observar el correcto funcionamiento de los círculos. El primer punto a trabajar con ellos, es crear un cambio de actitud en el que deben convencerse a sí mismos las ventajas tanto para usuarios como para empleados de brindar un servicio de calidad. Es deseable que los grupos realicen pequeños cambios pero que sean permanentes, más que grandes cambios rápidamente, dado que cambiar la cultura lleva tiempo^{36,40}.

Ross y colaboradores⁴¹ hablan de cuatro principios básicos a la hora de establecer programas nacionales de garantía de calidad pero que pueden bien adaptarse a programas institucionales: a) orientación hacia satisfacción de necesidades y expectativas del paciente (atención centrada en el paciente), b) concentración en los sistemas y procesos de prestación de servicios, c) que utilicen información para analizar la prestación de servicios y 4) que alienten el trabajo en equipo. Investigaciones como la presente cumplen parte de estos

principios, ya que generan la información sobre la cual se generarán modificaciones a programas existentes, centrados en el paciente. La propuesta de crear círculos de calidad alentaría el trabajo en equipo.

Respecto al trato del personal hacia el usuario, se observa que el médico encabeza el porcentaje de trato “excelente”, lo cual no sorprende siendo este profesional el que tiene el contacto más estrecho con el paciente y sus familiares, y quien tradicionalmente ha sido visto como el encargado de restablecer la salud aunque en realidad sea todo un equipo quien permita y soporte la interacción entre paciente y médico. No podría imaginarse al médico restableciendo eficientemente la salud de los pacientes sin enfermeras, archivo clínico, estudios de laboratorio o sin instalaciones (consultorio) con servicios de luz, agua etc. Con las reservas expresadas para los tiempos de espera, deben tomarse también las respuestas de los usuarios respecto al trato de los médicos en cada especialidad dada la representatividad para cada una de ellas; sin embargo, el hecho de que existan respuestas de percepción del trato como “malo” para los médicos de algunas especialidades (Cirugía general, Endocrinología, Hematología, Neonatología y Oftalmología), son definitivamente focos rojos que deben llevar a una investigación más profunda al respecto, lo cual escapa del presente estudio.

Cuando el paciente tiene ya un tiempo largo en espera, los familiares incrementan su ansiedad y la primera persona con la que tienen conflicto es con la enfermera que se encuentra en la recepción de la consulta; la cual a su vez, tiene la presión de muchos usuarios con espera prolongada y de saber que el médico ha iniciado su consulta en forma retrasada o se ha ausentado temporalmente. En muchas ocasiones, además de las actividades propias de la enfermera se agrega la localización de médicos para que acudan a cumplir con su trabajo.

Un caso especial en el trato, es el personal de vigilancia, que muestra las respuestas más desfavorables. Por un lado, los policías son encargados de vigilar que el paciente pase al Instituto acompañado sólo por un familiar, con lo cual empiezan los conflictos, ya que frecuentemente quiere pasar más de uno; por otro lado, el policía no forma parte de la institución, sino que es contratado en forma externa, por lo que no tiene ningún vínculo afectivo con la misma. El poco tacto para el trato de los usuarios, que frecuentemente acuden con la angustia de la enfermedad de sus hijos hacen suponer una preparación deficiente en relaciones públicas del personal de vigilancia; en una sociedad donde el policía es visto como una persona con pobre calidad moral hacen que la percepción por parte de los usuarios no sea buena.

La preparación profesional del médico se percibe como buena o excelente en más del 90% de los casos. Por un lado es esperado dadas las características de la institución, en donde se atienden problemas médicos de alta complejidad que no han sido resueltos en los dos primeros niveles de atención, lo cual requiere que, efectivamente, los médicos tengan una buena preparación profesional. Por otro lado, se ha mencionado que los usuarios no tienen los conocimientos suficientes para hacer una evaluación técnica y se ha observado que tienden a dar respuestas altamente satisfactorias²⁸.

También se observó un alto índice de usuarios (90%) que opinan que la explicación que ofrece el médico es buena o excelente; este punto también forma parte de los aspectos de calidad de la atención médica; se ha observado que cuando la explicación de la enfermedad a los usuarios es deficiente, origina poca satisfacción con el servicio en general. El proporcionar una información amplia a los usuarios encabeza la lista de los compromisos asumidos por médicos demandados, en convenios de conciliación ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el periodo 1999-2000⁴².

El 65% de los usuarios expresó que siempre le solicitan autorización para realizar procedimientos al paciente; aunque el porcentaje parece alto de primera intención, las normas legales y éticas dictan que el paciente o su

responsable deben autorizar siempre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos⁴³⁻⁴⁴.

La percepción de las instalaciones físicas de la institución es regular; sólo 50% opina que las salas de espera son buenas o excelentes, el 39% lo opina sobre los sanitarios y el 75% de los consultorios. El INP fue construido hace más de 30 años y en su momento fue prototipo de funcionalidad. El deterioro progresivo de las instalaciones no ha sido acompañado por mantenimiento o restauración paralela, de tal forma que se ha hecho necesaria la remodelación completa de las áreas. Ya se cuenta con un programa maestro y al momento se han terminado algunas áreas prioritarias, entre otras el servicio de Urgencias, Quirófanos Centrales, Banco de Leches, Central de Esterilización y Equipos y el cuarto piso del edificio de hospitalización. Las autoridades están conscientes del problema y en base a las quejas de usuarios se remodelan sanitarios de todo el instituto independientemente de continuar con el programa establecido piso por piso, de acuerdo al presupuesto disponible. En el caso específico de los sanitarios, no sólo se resolverá con remodelación, sino con un programa de limpieza que permita el mantenimiento en buenas condiciones de uso, ya que se ha detectado malas condiciones de higiene, al igual que en otras instituciones³⁵. Dado que el personal de limpieza no es

contratado directamente por la institución, sino a través de contrato con compañía externa, será la supervisión y exigencia del cumplimiento, lo que puede mejorar el servicio sin hacer gastos extras. Es importante recordar que algunos aspectos de la calidad pueden ser mejorados a pesar de limitaciones financieras⁴⁵.

La satisfacción entre los usuarios que respondieron fue del 97.8%; si bien es un dato muy importante, debe interpretarse con cautela. Se considera que la satisfacción de usuarios es una relación entre expectativas y experiencia⁴⁶. Está reportado por varios autores que los usuarios tienden a expresar altos índices de satisfacción al cuestionarles sobre el servicio en general^{20,27}. En la Encuesta Nacional de Salud II efectuada en México en 1994 entre 3,324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos semanas previas a la encuesta, se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena²³. En el estudio realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”, se percibió la atención global como buena o excelente en 97% de los usuarios que participaron en el estudio³⁵.

Las experiencias con el servicio recibido descritas por los usuarios en términos positivos o negativos, no necesariamente correlacionan con la evaluación global de los servicios que produjeron esas experiencias²⁰. La

teoría de la “zona de tolerancia” explica cómo los consumidores son capaces de reconocer que el desempeño del servicio puede variar en una cierta extensión, la cual están dispuestos a aceptar⁴⁷. Newsome y Wright⁴⁷ han realizado investigación sobre satisfacción en pacientes con padecimientos dentales y encuentran la satisfacción del paciente como el resultado de un proceso extremadamente complejo en el que intervienen muchos factores. Williams²⁰ menciona que altos niveles de satisfacción no deben ser tomados como indicadores de que los pacientes tuvieron buenas experiencias en relación con un servicio.

La satisfacción de usuarios ha ganado reconocimiento como medida de calidad en el sector de servicios públicos²⁰. En el esquema de calidad de atención médica, la satisfacción de usuarios es un indicador de resultado, ya que es una consecuencia de la interacción de la estructura (accesibilidad, equipo, recursos, etc.) y del proceso (efectividad del cuidado y de relación interpersonal)⁴⁸. Donabedian⁴⁹ menciona que la satisfacción del cliente es de fundamental importancia como una medida de la calidad del cuidado porque da información sobre el éxito de los proveedores para encontrar aquellos valores y expectativas del usuario sobre la atención, sobre los cuales el usuario es la última autoridad. Los pacientes satisfechos se apegan mejor a la

medicación, regímenes de tratamiento y es más probable que acudan a consulta de seguimiento, con todo lo que implica ello⁵⁰.

El uso de encuestas ha sido criticado en la literatura, principalmente por la metodología usada, su confiabilidad y validez²⁰⁻²² y ha sido cuestionada su utilidad en la generación de cambios en servicios de salud²⁰. A pesar de ello, ha existido un incremento en las publicaciones sobre satisfacción de pacientes a nivel mundial, principalmente Estados Unidos y Reino Unido²⁵. A partir de las encuestas es posible obtener información que beneficia a la institución, a los prestadores del servicio y a los usuarios mismos²³. Las encuestas rápidas han sido empleadas cada vez con más frecuencia por sus características de bajo costo, reducido tamaño de muestra y rápida retroalimentación para la toma de decisiones⁵¹. Los indicadores más frecuentemente incluidos en las encuestas a usuarios son: satisfacción con el servicio, si las explicaciones fueron dadas y si fueron adecuadas, satisfacción con las habilidades técnicas de las enfermeras y la accesibilidad⁵².

El conocer la satisfacción de usuarios es importante, pero debe ser sólo parte de una evaluación más completa que incluya los otros elementos de la calidad: de estructura: accesibilidad (geográfica y económica); de proceso: aspectos técnicos (apego a protocolos de estudio y tratamiento) y por supuesto lograr buenos resultados en la salud de los pacientes (indicadores de morbilidad,

mortalidad, etc.). Se debe incluir en la institución un programa que incluya todos estos elementos conjuntados en un programa integral de calidad de atención.

Propuestas

1. Investigación de tiempos de espera documentada en tarjeta de citas y hora puntual de entrada al consultorio.
2. Asignación de tiempo específico para consulta a médicos, libre de interferencia de otras obligaciones.
3. Sistema de información a médicos, enfermeras, cajeras, técnicos y personal de vigilancia sobre resultados de esta y otras investigaciones sobre calidad.
4. Crear un sistema de incentivos para personal con alto desempeño (complementar los ya existentes), que incluya reconocimiento público.
5. Control efectivo de citas con letra legible, anotando estudios solicitados y sin citar simultáneamente a pacientes.
6. Realizar investigación exploratoria para conocer puntualidad de los pacientes y proporción de inasistencia.
7. Programa de sensibilización a trabajadores de la salud sobre la importancia del cumplimiento de cada uno sobre la cadena de servicios e impacto en usuario final.
8. Vigilancia de cumplimiento de contrato en personal de aseo.
9. Establecimiento de círculos de calidad por tipo de proceso.

Conclusiones

Se ha encontrado un alto nivel de satisfacción entre usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría.

La mayores oportunidades de mejora se encuentran en disminuir los tiempos de espera para consulta y en mejorar el estado físico e higiénico de instalaciones.

El lograr que los distintos elementos de la cadena de servicio (clientes internos) efectúen su trabajo en forma eficiente en tiempo y forma será todo un reto para mejorar la calidad del servicio otorgado. El establecimiento de un programa de mejora continua de calidad a través de pequeños grupos de trabajo (círculos de calidad) formados por las partes involucradas en cada proceso, es una alternativa para mejorar la calidad del servicio brindado a los usuarios. Se debe integrar un plan maestro de calidad que incluya participación de autoridades y clientes internos y externos de la institución.

Bibliografía

1. Cantú Delgado H: Desarrollo de una cultura de calidad. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, 1997: 139-170.
2. Hernández-Sampieri R, Fernández CC, Baptista L P: Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1991.
3. Díaz OG: Decreto que crea un organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, que tendrá personalidad jurídica y patrimonio propios con domicilio en esta ciudad. Diario Oficial de la Federación 1968 Ago 19.
4. López - Portillo PJ: Decreto por el que se crea un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se denominará Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Diario Oficial de la Federación 1977; Ene 13.
5. De la Madrid HM: Decreto por el que se crea en Instituto Nacional de Pediatría como organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Diario Oficial de la Federación 1983 Abr 19:28-30.
6. De la Madrid HM: Decreto del Instituto Nacional de Pediatría. Diario Oficial de la Federación 1988 Ago 1º: 47-52.

7. Zedillo PLE: Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México D.F.: Diario Oficial de la Federación 2000; Mayo 26: 101-110.
8. Dirección General de Estadística e Informática: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud. Unidades Hospitalarias. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México D. F.: Secretaría de Salud, 2000.
9. Pardo TF, Galán MR, Gómez TH: Evaluación de la calidad de la atención en los servicios de salud. Aplicación en la auditoría médica. En: Malagón-Londoño G, Galán-Morera R, Pontón-Laverde G (eds): Auditoría en Salud. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 1998: 77-128.
10. Lefevre HL: Quality service pays: Six keys to success! Quality Press & Quality Resources, 1989.
11. Brown SW, Bronkesh SJ, Nelson AM, Wood SD: La satisfacción de su paciente reditúa. Tomo I. México: Grupo Mercadotecnia de Innovación y Desarrollo, 1994.
12. Priego AH: Mercadotecnia en salud. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1996.
13. Hartzler M, Henry JE: Teoría y aplicaciones del trabajo en equipo. México D.F.: Oxford University Press, 1999.

14. Ishikawa K: ¿Qué es el control total de la calidad? Colombia: Grupo Editorial Norma, 1995.
15. Bruce J: Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo. Documentos de trabajo, Núm. 21. México D.F.: Population Council/ INOPAL III, 1998.
16. Cordera-Pastor A: Evaluación de la calidad de la atención médica. Directivo Médico 1998; V(4): 26-31.
17. Donabedian A: La calidad de la atención médica. México D.F.: La Prensa Médica Mexicana 1984.
18. Merkouris A, Infantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C: Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. J Nurs Manag 1999; 7: 19-28.
19. Newsome PRH, Wright GH: A review of patient satisfaction: 1. Concepts of patient satisfaction. Br Dental J 1999; 186: 161-165.
20. Williams B, Coyle J, Healy D: The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc Sci Med 1998; 47: 1351-1359.
21. Sitzia J: How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. Int J Qual Health Care 1999; 11: 319-28.

22. Sitzia J, Wood N: Response rate in patients satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care* 1998; 4: 311-7.
23. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda –López G: Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 3-12.
24. Labarere J, Francois P: Evaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. *Revue de la litterature. Rev Epidemiol Sante Publique* 1999; 47: 175-84.
25. Sitzia J, Wood N: Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-43.
26. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México D.F.: Laboratorio Gráfico Editorial, 1994.
27. Retamal-González A, Monge-Jodra V: Valoración de la calidad percibida de los usuarios de zonas básicas de salud de Cuenca. *Aten Primaria* 1999; 24: 507-13.
28. Hall JA, Dornan MC: What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta analisis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935-39.

29. Prieto-Rodríguez MA, March Cerda JC: Calidad percibida por usuarios de centros de salud y de aseguradoras privadas. *Aten Primaria* 1999; 24: 259-66.
30. Quintana JM, Arostegui I, Arcelay A, García M, Ortega M, Candelas S: Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales agudos. *Gac Sanit* 1999; 13: 38-45.
31. Castilla-Serna L, Cravioto J: Estadística simplificada. México D.F.: Trillas, 1991.
32. Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL, Sosa MC: El protocolo de investigación. 2ª ed. México D. F.: Trillas, 1990: p 117.
33. Silva-Aycaguer LC: Muestreo para la investigación. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
34. Subsecretaría de Fomento y Regulación Sanitaria: Clasificación socioeconómica. México D. F.: Secretaría de Salud, 1999.
35. Ruíz-González C, Vargas-Vorackova F, Castillo-Rentería C, Pérez-Pimentel L, Martínez-Mata RA: Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". *Rev Invest Clin* 1990; 42: 298-311.
36. Saucedo-Valenzuela AL, Durán-Arenas L, Hernández B: Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por

- una Organización no Gubernamental. *Salud Publica Mex* 2000; 42: 422-430.
37. Ruelas-Barajas E, Reyes-Zapata H, Zurita-Garza B, Vidal-Pineda LM, Karchmer S: Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública Mex* 1990; 32:207-220.
38. Laguna-Calderón J, Salinas-Oviedo C: Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 221-224.
39. Reyes-Zapata H, Meléndez-Colindres VM, Vidal-Pineda LM: Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 232-242.
40. Enthoven AC: Modernising the NHS. A promising start, but fundamental reform is needed. *Br Med J* 2000; 320: 1329-1331.
41. Ross AG, Zeballos JL, Infante A: La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y en Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8 (1/2): 93-98.
42. Comisión Nacional de Arbitraje Médico: Cuarto informe de actividades. México D. F.: CONAMED, 2000.

43. Organización Panamericana de la Salud: Bioética. Publicación Científica 527. Washington: OPS, 1990: 239.
44. Campillo GJI: Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. Diario Oficial de la Federación 1999; Sept 30.
45. Badger TG: Quality management within a cost-constrained service. J Nurs Manag 1999; 7: 323-329.
46. Wright JG: Outcomes research: what to measure. World J Surg 1999; 23: 1224-1226.
47. Newsome PRH, Wright GH: A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. Br Dental J 1999; 186: 166-170.
48. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA: Defining quality of care. Soc Sci Med 2000; 51: 1611-1625.
49. Donabedian A: Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor (Mich): Health Administration Press, 1980.
50. Gerbarg Z, Wood SD, Brown SW, Bronkesh S, Nelson AM: Mejore la satisfacción de su paciente ¡ahora!. México D.F.: Mind, 1997.
51. Macintyre K, Bilsborrow RE, Olmedo C, Carrasco R: Rapid surveys for program evaluation: design and implementation of an experiment in Ecuador. Rev Panam Salud Publica 1999; 6: 192-201.

52. Acorn S, Barnett J: Patient satisfaction. Issues in measurement. Can Nurse 1999; 95: 33-36.
53. Chen KH, Chang SR: Communicating outpatient perception to improve quality management. Qual Manag health Care 2000; 8: 64-71.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Instructivo para aplicación de cuestionarios.

Se ha planeado la realización de una encuesta de satisfacción entre los usuarios de la consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) que se aplicará del lunes 29 de enero al 23 de febrero de 2001 en los seis pisos del INP donde se ofrece consulta de especialidad. Se aplicarán 500 cuestionarios de autollenado con asistencia de la Trabajadora Social durante el periodo del estudio de 19 días hábiles, por lo que se deberán aplicar de 26 a 27 cuestionarios diariamente divididos en los diferentes puntos donde se otorga consulta de especialidad. El número de cuestionarios que se aplicarán por especialidad se puede observar en la tabla anexa. El horario de aplicación será de 9 a 14 horas.

Los criterios de inclusión son: 1) Pacientes que acudan a consulta subsecuente en alguna especialidad y 2) Que el familiar acepte llenar un cuestionario anónimo de 25 preguntas con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Método:

La Trabajadora Social acudirá con los cuestionarios impresos al piso asignado, dentro del horario arriba mencionado y se localizará a la salida del área de consulta externa. A los familiares de pacientes que salieron de consulta los abordará de la siguiente forma:

1. Saludará.
2. Se identificará como Trabajadora Social del Instituto Nacional de Pediatría.

3. Informará que las autoridades del Instituto están interesadas en conocer su opinión sobre el servicio que ha recibido, con la finalidad de mejorar la calidad.
4. Preguntará si acudió a consulta el día de hoy.
5. Preguntará si es la primera vez o es subsecuente.
6. Solicitará su participación para llenar un cuestionario en forma anónima con un tiempo aproximado de diez a quince minutos.

En caso de que el familiar acepte participar, se explicará el lugar del cuestionario donde los familiares deberán responder.

El inciso 1 está reservado para numeración secuencial de los cuestionarios: no anotar. En el inciso 2 deberá anotarse el piso en el cual acudió a consulta. En el inciso 3 y 4 se anotarán respectivamente fecha y hora de aplicación del cuestionario; en el caso de la fecha de iniciará por año, mes y día. En el punto número 5 de encerrará en un círculo la clasificación socioeconómica asignada al paciente y que puede observarse en la placa adesógrafa. En el caso de la pregunta 6, deberá anotarse el nombre de la especialidad a la cual acudió y las respuestas siguientes deberán corresponder a la experiencia recibida en dicha especialidad (dado que un mismo paciente puede acudir a consulta de diferentes especialidades en un mismo día). En las preguntas 7, 8, 10 y 11 se anotará el tiempo que se tardó (en minutos) desde el momento en que el familiar acudió al servicio hasta que se inició la atención por la persona responsable. En el caso de la pregunta 9 (consulta) se anotará el tiempo que tardó en prestarse la atención médica contada desde la hora de su cita. De la pregunta 12 a la 23 deberá elegir la opción que corresponda a su opinión, encerrando la respuesta en un óvalo y en caso de que la respuesta sea “Mala o

Pésima” se solicitará que anote brevemente el motivo. El inciso 25 es para que el familiar pueda anotar alguna sugerencia para mejorar el servicio.

Durante el llenado del cuestionario, la trabajadora social estará al lado del familiar para asistirlo en caso de alguna duda. Finalmente, le agradecerá su participación y le comunicará que la información proporcionada se utilizará para mejorar el servicio dentro del Instituto.

Al finalizar el día, las trabajadoras sociales anotarán en el espacio correspondiente (extremo inferior izquierdo) sus iniciales y enviarán los cuestionarios al Dr. López Candiani para su proceso.

Instrumento final para conocer la opinión de los usuarios, INP 2001.

Encuesta de satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad

Las respuestas a las siguientes preguntas nos permitirán conocer su opinión sobre el servicio de consulta externa. Su opinión es valiosa para nosotros.

La información que usted proporcione se manejará en forma anónima y nos permitirá proporcionar un servicio con mejor calidad. ¡Estamos mejorando!

1 Número de cuestionario:									<input type="text"/>	A
2 Piso	PB	PP	1*	2*	3*	4*			<input type="text"/>	B
3 Fecha (Año- mes- día)	<input type="text"/>								<input type="text"/>	C
4 Hora de aplicación	<input type="text"/>								<input type="text"/>	D
5 Clasificación INP	X	IN	2N	3N	4N	5N	6N	INP	<input type="text"/>	E
6 Especialidad a que acudió:	<input type="text"/>								<input type="text"/>	F
¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en los siguientes lugares?										
7 Recepción de enfermería	<input type="text"/> minutos								<input type="text"/>	G
8 Caja	<input type="text"/> minutos								<input type="text"/>	H
9 Consulta (a partir de la hora de su cita).	<input type="text"/> minutos								<input type="text"/>	I
10 Laboratorio	<input type="text"/> minutos								<input type="text"/>	J
11 Imagen (rayos X y ultrasonido)	<input type="text"/> minutos								<input type="text"/>	K
¿Cómo considera usted la atención del personal en los siguientes lugares?										
12 Enfermera	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	M
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
13 Cajera	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	N
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
14 Personal de toma de productos de laboratorio	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	O
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
15 Personal de radiología	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	P
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
16 Personal de vigilancia	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	Q
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
17 El trato del médico (amabilidad, respeto, cortesía) fue:	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	R
Si contestó malo o pésimo diga por qué?										
18 ¿Cómo considera la preparación profesional del médico?	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	S
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
19 La explicación del médico sobre la enfermedad de su hijo es:	5) Excelente 4) Buena 3) Regular 2) Mala 1) Pésima								<input type="text"/>	T
Si contestó mala o pésima, diga por qué?										
20 ¿El médico solicita autorización para los procedimientos que realiza?	5) Siempre 4) Muchas veces 3) Algunas veces 2) Rara vez 1) Nunca								<input type="text"/>	U
¿Cómo considera las siguientes instalaciones										
21 Salas de espera	5) Excelentes 4) Buenas 3) Regulares 2) Malas 1) Pésimas								<input type="text"/>	V
Si contestó malas o pésimas diga por qué?										
22 Sanitarios	5) Excelentes 4) Buenos 3) Regulares 2) Malos 1) Pésimos								<input type="text"/>	W
Si contestó malos o pésimos diga por qué?										
23 Consultorios	5) Excelentes 4) Buenos 3) Regulares 2) Malos 1) Pésimos								<input type="text"/>	X
Si contestó malos o pésimos diga por qué?										
24 ¿Se siente satisfecho con la atención recibida en el Instituto?	0) No 1) Si								<input type="text"/>	Y

Carta de consentimiento bajo información.

Dr. Carlos López Candiani

Asistente de la Dirección

Instituto Nacional de Pediatría

Por medio de la presente manifiesto que estoy de acuerdo en participar en la “Encuesta sobre Satisfacción de Usuarios de Consulta Externa de Especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría”. Mi participación consistirá en responder un cuestionario con la percepción que yo tengo de la calidad del servicio recibidos. La duración máxima será de diez minutos y se me ha informado que la información que yo proporcione se manejará en forma estrictamente confidencial y la atención para mí y mi familia no se modificará si participo o me niego a participar en la encuesta.

También se me ha explicado que el objetivo es conocer el grado de satisfacción que tenemos los usuarios de consulta de especialidad en este Instituto.

Nombre y firma: _____

México D.F. a _____ de _____ de _____.