



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

**Calidad de vida del Médico Residente y su relación con la Calidad
de la Atención Médica**

T e s i s

Que para optar por el grado de:

Maestro en Administración

Presenta:

Mario Ríos Rodríguez

Tutor:

Dr. Gabino García Tapia
Facultad de Contaduría y Administración

Ciudad de México, septiembre de 2018



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.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	METODOLOGÍA.....	6
2.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2.2.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.2.1.	General.....	7
2.2.2.	Específicos	7
2.3.	Preguntas de la Investigación.....	8
2.3.1.	Pregunta General	8
2.3.2.	Preguntas Específicas	8
2.4.	HIPÓTESIS	8
2.4.1.	De trabajo.....	8
2.4.2.	Nula	8
2.4.3.	Variables.....	9
2.4.4.	Definición conceptual de variables	9
2.4.5.	Definición de instrumentos	13
2.4.6.	Definición del tipo de investigación a realizar.....	14
2.4.7.	Diseño de la investigación	14
3.	DESARROLLO CAPITULAR.....	15
3.1.	Capítulo I.- Calidad de Vida.	15
3.1.1.	Calidad de vida desde la perspectiva de la salud.	16
3.1.2.	Calidad de vida desde la perspectiva psicológica.....	17
3.1.3.	Calidad de vida desde la perspectiva social.	18
3.2.	Capítulo II.- El médico Residente y su entorno.	20
3.2.1.	La jornada laboral del médico residente.	21
3.2.2.	Burnout en el ambiente laboral del médico residente.	23
3.2.3.	La privación del sueño en el ambiente laboral del médico residente.	26
3.3.	Capítulo III.- La atención médica en el Sistema de Salud Mexicano.	29
3.3.1.	Recursos humanos y materiales en el sistema de Salud Mexicano.	31
3.3.2.	La educación médica y su papel en el sistema de salud.....	32
3.4.	Capítulo IV.- La calidad entorno a la seguridad del paciente.	36
3.5.	Capítulo V.- La calidad de vida de los Médicos Residentes y su relación con la Calidad de la Atención.	41
3.6.	Capítulo VI. - Los hospitales como organizaciones.....	43
4.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	48
4.1.	Análisis de los resultados	113
5.	CONCLUSIONES	150
6.	REFERENCIAS.....	153
7.	ANEXOS	158

1. INTRODUCCIÓN

La calidad puede definirse como las características del producto o servicio que satisfacen las necesidades del cliente (Varo, 1993).

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en México en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un cambio que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario (Williams, 2015).

La fatiga o cansancio puede contribuir de manera significativa a los errores médicos. Los hospitales funcionan las veinticuatro horas del día, lo que requiere de un trabajo por turnos para muchos empleados. Los médicos, en especial los que se encuentran en formación, normalmente trabajan por largas jornadas y sufren de privación del sueño. El personal que trabaja durante las noches experimenta interrupciones en el ritmo circadiano, lo cual, a su vez puede agravar la fatiga. Aunque pocas investigaciones se han centrado específicamente en la fatiga del personal hospitalario y su relación con el error médico, estudios fuera del campo médico demuestran el vínculo intuitivo entre la fatiga y la baja en el rendimiento y sugieren algunas prácticas de seguridad que pueden adoptarse en la medicina (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001).

La fatiga y la somnolencia pueden afectar a la seguridad del paciente de varias maneras. Los médicos y las enfermeras necesitan un buen estado de alerta, buen juicio, y un tiempo de reacción rápido, especialmente en situaciones de emergencia. Ya sea en la evaluación de un electrocardiograma, para detectar signos de isquemia miocárdica o seguimiento de un paciente durante la anestesia general, la disminución de la atención, la memoria, o la coordinación puede afectar al

rendimiento y dar lugar a incidentes (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001)

Los individuos difieren en sus requerimientos de sueño óptimo. La mayoría de los expertos en sueño están de acuerdo que los adultos suelen necesitar entre 6 y 10 horas de sueño por un periodo de 24 horas, la mayoría de las personas necesitan 8 horas de sueño por día aproximadamente. Cuando los adultos duermen menos de 5 horas durante un periodo de 24 horas, las capacidades mentales comienzan a declinar. Por períodos cortos de tiempo (2-3 días), el adulto que tuvo 4 horas de sueño puede funcionar razonablemente bien, pero debajo de niveles adecuados. Sin embargo, incluso con la privación del sueño de sólo un par de días, se observan tiempos de respuesta más lentos y disminución de la iniciativa. Después de una noche de sueño perdido, el rendimiento cognitivo puede caer 25% del valor basal. Después de la segunda noche de sueño perdido, el rendimiento cognitivo puede caer a cerca del 40% del valor basal (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001).

Con la continuación de la privación del sueño (dormir de 2 a 3 horas menos de lo óptimo) las personas desarrollan una *deuda de sueño*. Si la deuda de sueño continúa durante 5 a 10 días, empeoran el estado de alerta y el rendimiento cognitivo. La deuda de sueño también conduce a tiempos de respuesta más lentos, alteración del humor y la motivación, y la reducción de la moral y la iniciativa (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001).

La fatiga y la privación del sueño son comunes dentro del personal médico. Las largas horas de trabajo son una tradición durante la residencia médica, con internos y residentes trabajando de 80 a 100 horas a la semana, a menudo 36 horas seguidas. Durante las guardias su sueño es limitado y, frecuentemente interrumpido (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001).

Múltiples estudios han documentado el impacto de la fatiga en el rendimiento del personal médico. Sin embargo, esos estudios han sido limitados por los pobres diseños de estudio o resultados que no pueden correlacionarse bien con los errores médicos (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001).

Usando pruebas estandarizadas, los investigadores han encontrado que después de una noche de trabajo, los médicos con privación del sueño pueden tener problemas de lenguaje y errores numéricos, en la retención de información, memoria a corto plazo y concentración (Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001).

La desincronización de los ritmos circadianos, productos de la interacción de una jornada laboral que va en sentido contrario al reloj solar y al reloj social (que representan el entorno del sujeto), son causa suficiente para el desarrollo de cualquier malestar biopsicosocial que disminuya significativamente la calidad de vida del trabajador, pertenezca a cualquier género, con mayor agravante por la edad, sobre todo en los mayores de 50 años (Arias, 2011).

Desde los años 80 en Nueva York han sido implementados regulaciones en las horas de trabajo de los residentes. Se reportó que la mayoría de los residentes de Cirugía experimentaron mejoras en su calidad de vida como resultado de la limitación de esas horas de trabajo. De acuerdo con estos residentes, la regulación ha tenido un impacto positivo en sus vidas fuera del hospital, esto es más tiempo para leer, descansar, tiempo para estar con su familia y responsabilidades aparte del trabajo. Mejoramiento en la moral y disminución de la fatiga fueron aspectos positivos también mencionados (Kort, y otros, 2004).

En la última década en Estados Unidos de América y Canadá se elaboraron nuevas guías para eliminar las jornadas inhumanas de 100- 120 horas de trabajo semanales que aún son usuales para los residentes de estos países. Como resultado de una encuesta realizada a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos de

América, se ha observado que el número total de horas trabajadas se relaciona significativamente con un mayor riesgo de accidentes personales, de cometer errores médicos y de padecer conflictos con otros miembros de la plantilla (García, Menéndez, & Ryan, 2005).

Otros estudios en laboratorios de sueño muestran que tras la jornada de guardia, los niveles de somnolencia diurna en médicos residentes son similares o incluso superiores a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño y que padecen privación crónica del sueño. También se ha visto que el trabajo de los residentes favorece el desarrollo de arritmias (Ilda Amirian, 2014).

Además, estudios rigurosos con médicos residentes han demostrado que éstos han sufrido un gran número de accidentes de tráfico cuando han tenido que trabajar durante el horario nocturno (Barger, Cade, Ayas, Cronin, & Rosner, 2005). Asimismo, el uso de fármacos hipnóticos o para evitar el sueño durante las guardias es una práctica relativamente común entre los residentes, ya que más del 50% los utiliza, si bien menos del 20% lo hace de forma sistemática. Las guardias son una fuente importante de estrés como ilustran los hechos de que uno de cada ocho residentes reconoce haberse visto involucrados en denuncias o reclamaciones derivadas de actuaciones realizadas durante la guardia lo cual origina preocupaciones y pérdida de autoconfianza y que casi dos tercios de los residentes ha tenido algún conflicto o discusión serio con algún otro médico o enfermera por causa de las guardias o durante las mismas (Association of American Medical Colleges, 2003).

En los últimos años, se han realizado varios trabajos encaminados a demostrar de forma objetiva los efectos de las jornadas laborales prolongadas y la fatiga sobre la salud de los médicos residentes. Así, por ejemplo, mediante monitorización continua tipo Holter de la frecuencia cardiaca durante las guardias, se demostró una absoluta dominancia del sistema nervioso simpático, en relación con el estrés de la propia guardia y del incremento de la actividad física y los análisis de sangre y orina

demonstraron que tras una jornada de guardia la mayor parte de los residentes estaban deshidratados (García, Menéndez, & Ryan, 2005).

Curiosamente a pesar de todos los efectos adversos que producen las guardias como se han descrito anteriormente, casi la mitad de los encuestados no quieren hacer menos guardias, lo cual probablemente esté motivado porque en algunos países, una gran parte del sueldo de los residentes procede de las guardias. De todos modos, al 80% no se les permitiría hacer menos guardias (García, Menéndez, & Ryan, 2005).

Los médicos residentes cumplen una doble función: por una parte, desarrollan una labor asistencial atendiendo a pacientes y por otra, una función autoformativa, principal motivo de la formación especializada, que depende en gran medida de la primera. Sin embargo, resulta erróneo pensar que cuanto más se trabaje más se aprende, ya que existe un punto en que la fatiga impide adquirir nuevos conocimientos y es necesario un balance entre el tiempo dedicado a la formación mediante actividades asistenciales, el dedicado a formación mediante actividades no asistenciales y el dedicado al descanso, de forma que si ese balance se rompe resulta en perjuicio para el desarrollo del futuro especialista (García, Menéndez, & Ryan, 2005).

En varios países se han visto obligados a reducir las horas de trabajo de los médicos residentes, sobre todo a aquellos que trabajan en los servicios de cuidado intensivo, no pudiendo exceder las 80 horas semanales. Debido a muchos casos de errores médicos y mala praxis atribuidos a la sobrecarga horaria, la AAMC (*Association of American Medical Colleges*) en Estados Unidos de América ha establecido la cantidad de horas semanales que debería trabajar un médico residente: “no más de 80 horas por semana” y “ningún periodo de trabajo continuo de más de 12 horas”. A pesar de esta legislación, en algunos estados como Nueva York, el Departamento de Salud ha citado a 54 de los 82 hospitales donde realizan prácticas los residentes, por violaciones relacionadas con la carga horaria máxima de trabajo (Arias, 2011).

2. METODOLOGÍA

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida es la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en el que viven, y respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Su medición en relación con la salud es una novedosa forma de evaluar la percepción que pacientes e individuos tienen de su calidad de vida (Maldonado, 2000).

Las circunstancias actuales, con aumento de la esperanza de vida, no necesariamente se relaciona con una mejor calidad de la misma. También existen diversos factores estresantes a los que están expuestas las personas. Se ha determinado que el estrés constante deriva en enfermedad y por ende merma la calidad de vida (Grau & González, 1997).

Para poder evaluarla, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y el empleo, así como situación económica. Por ello se concibe según un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, grupo a grupo y lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que pueden experimentar las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien” (Velarde & Avila, 2002).

Dentro del ámbito del estilo de vida la importancia del sueño sobre la vigilia es fundamental para el adecuado desempeño cognitivo durante el día. Los procesos de maduración cerebral, el aprendizaje y la consolidación de la memoria, tienen su mayor actividad y se asientan durante los ciclos MOR (movimientos oculares rápidos) de la etapa del sueño; mientras que la privación de sueño afecta significativamente a estos procesos, modificando el tiempo y la forma en que se manifiestan (Arias, 2011).

Un efecto particular de la privación del sueño sobre el rendimiento es la aparición de frecuentes “lapses” o episodios de microsueño. Estos episodios de microsueño

consisten en pequeñas irrupciones (de 3 a 5 segundos) de sueño mientras se está realizando una actividad, durante la cual hay un descenso atencional por modificaciones en el estado de conciencia, y se dan como consecuencia de la pérdida de sueño crónica que sufren los trabajadores que realizan turnos rotativos y jornadas prolongadas de trabajo. Son muy peligrosos en el sentido de que pueden durar pocos segundos durante los cuales no hay reacción voluntaria ni coordinación motora y son la fuente más común de accidentes en el trabajo, algunos de ellos fatales, dependiendo de los instrumentos con que estén trabajando (Arias, 2011).

En México, las jornadas laborales de médicos residentes son de aproximadamente 90 a 100 horas a la semana. Los médicos y enfermeras necesitan estar atentos, tener un juicio flexible y rápidos tiempos de reacción, especialmente frente a situaciones de emergencia. La acumulación o falta de sueño predisponen a bajos estados atencionales; lo que irremediablemente conlleva a errores médicos, eventos adversos y vidas perdidas (Arias, 2011).

2.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. General

- Buscar una correlación entre la calidad de vida de los médicos residentes y la calidad de la atención médica que brindan en los hospitales públicos de la Ciudad de México.

2.2.2. Específicos

- Describir qué correlación existe entre la calidad de vida de los médicos residentes y la atención médica que brindan en los hospitales públicos de la Ciudad de México.
- Averiguar qué aspectos de la calidad de vida de los médicos residentes afectan la calidad de la atención que brindan.
- Investigar qué aspectos de la calidad de vida permiten obtener una adecuada calidad de la atención.

2.3. Preguntas de la Investigación

2.3.1. Pregunta General

¿Qué correlación existe entre la Calidad de vida de los médicos residentes y la atención médica de los hospitales públicos de la Ciudad de México?

2.3.2. Preguntas Específicas

- ¿Existe alguna correlación entre la calidad de vida de los médicos residentes y la atención médica que brindan en los hospitales públicos de la Ciudad de México?
- ¿Qué aspectos de la calidad de vida de los médicos residentes afectan la calidad de la atención que brindan?
- ¿Qué aspectos de la calidad de vida permiten obtener una adecuada calidad de la atención?

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. De trabajo

H1: Existe una correlación positiva entre la calidad de vida del Médico Residente y la Calidad de la Atención Médica que brinda en las instituciones públicas de Salud de la Ciudad de México.

2.4.2. Nula

Ho: No existe correlación entre la calidad de vida del Médico Residente y la Calidad de la Atención Médica que brinda en las instituciones públicas de Salud de la Ciudad de México.

2.4.3. Variables

- **Variable Independiente:** Calidad de Vida del Médico Residente.
- **Variable Dependiente:** Calidad de la Atención Médica.

2.4.4. Definición conceptual de variables

- **Calidad de Vida:** La calidad de vida es la percepción que las personas tienen sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y sistema de valores en el que viven, y respecto de sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (Cardona & Byron, 2005).
- **Calidad de la atención médica:** Es otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución (Aguirre-Gas, 1997).

Para el estudio se incluyeron a los médicos residentes que se encuentran en el primer, segundo, tercer y cuarto año del curso de la especialidad médica en hospitales de la Ciudad de México, en el mes de marzo del 2017.

La **calidad de vida** se midió mediante el cuestionario, en versión castellana, del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC, o Profil Der Lebensqualität Chronischkranker/Profile of Quality of Life in the Chronically Ill, PLC) que está validado en castellano para enfermos crónicos y personas sanas que analiza 6 factores unidimensionales:

1. **Capacidad física** (8 ítems). Capacidad de rendimiento físico e intelectual, tanto en la vida privada como en la profesional.
2. **Función psicológica** (8 ítems). Capacidad de disfrute y relajación, esto es, capacidad de regeneración psíquica, apetito, calidad del sueño, y capacidad de compensación de disgustos y decepciones.

3. **Estado de ánimo positivo** (5 ítems). Comprende la animosidad positiva: atención, buen humor, optimismo, equilibrio emocional.
4. **Estado de ánimo negativo** (8 ítems). Se refiere a los aspectos esenciales de la animosidad negativa: tristeza, nerviosismo, irritabilidad; sentimiento de amenaza o desesperación.
5. **Funcionamiento social** (6 ítems). Capacidad de relación, esto es, capacidad para establecer y mantener relaciones y comunicación con otras personas. Capacidad para interesarse por otros y abrirse a ellos.
6. **Bienestar social** (5 ítems). Abarca lo relativo a la pertenencia a un «grupo»: apoyo socioemocional expresado como proximidad a otras personas, prestación de ayuda, y sentimientos de soledad y autoexclusión.

La **calidad de la atención médica** se midió considerando los siguientes aspectos:

I. Calidad en el servicio:

1. **Cumplimiento:** Es desarrollar el servicio prometido correcta y oportunamente.
2. **Disposición:** Ayudar a los usuarios y ofrecer un servicio ágil.
3. **Disponibilidad:** Grado en que el empleado asume su responsabilidad para el logro de los objetivos de la entidad.
4. **Cualidades del personal:** El médico es competente en su trabajo y capaz de inspirar confianza.
5. **Empatía:** Significa proporcionar acceso fácil al usuario; entender sus necesidades y gustos; mantener una comunicación constante con un lenguaje claro y sencillo.
6. **Capacidad de respuesta:** Disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno.
7. **Procedimientos estandarizados:** El médico conoce y aplica los estándares establecidos por la Institución.

8. **Actitud de Servicio:** Es la disposición y el deseo que tiene un empleado para cumplir las tareas que le corresponden y hacer propias las necesidades del usuario buscando exceder sus expectativas.
9. **Satisfacción del usuario:** Forma en cómo el médico satisface plenamente las necesidades y los deseos del usuario.

II. Productividad:

1. **Logro de metas:** Es el cumplimiento inequívoco de los compromisos establecidos en tiempo y forma.
2. **Conciencia de costos:** Es el uso de materiales e insumos de manera racional.
3. **Trabajo en equipo:** Se refiere a realizar las labores de forma participativa donde se promueva la formación de equipos de trabajo para el logro de los resultados de la Institución.
4. **Conocimiento del Trabajo:** Es el grado y esfuerzo por aumentar su conocimiento de los diferentes elementos que integran el trabajo.
5. **Capacitación:** Se refiere a la asistencia y aplicación de los cursos programados para su desarrollo.
6. **Interés por Aprender:** Es la disposición del médico para ampliar sus conocimientos en el desempeño de sus funciones, documentándose en temas afines a sus responsabilidades e involucrándose en otras actividades.
7. **Disciplina Personal:** Grado en que el médico cumple con las normas de puntualidad, asistencia y discreción en el manejo de la información con que trabaja; además de su presentación personal acorde al puesto que desempeña.
8. **Disciplina de Trabajo:** Grado en que el empleado cumple con las normas, políticas y procedimientos establecidos para la ejecución del trabajo.

III. Actitudes:

1. **Administración del tiempo:** Es la utilización acertada y correcta del tiempo, respetando el de los usuarios externos e internos con quien interactúa, programando y controlando adecuadamente sus actividades.
2. **Iniciativa:** Grado en el que el médico logra identificar, prever y solucionar adecuadamente los problemas y/o efectuar mejoras en la forma de desarrollar su trabajo, sin necesidad de ayuda o supervisión constantes.
3. **Relaciones Interpersonales Internas:** Grado en que logra establecer y desarrollar relaciones efectivas, constructivas y de largo plazo con sus compañeros, superiores y colaboradores.
4. **Relaciones Interpersonales Externas:** Grado en que logra establecer y desarrollar relaciones armónicas, eficaces y constructivas con personas externas tales como usuarios, dependencias de gobierno.
5. **Compromiso:** Nivel de responsabilidad con el cual el empleado hace propuestas que son inteligentes, verdaderas, honestas y oportunas; garantizando su cumplimiento para el logro de los objetivos.
6. **Creatividad:** Habilidad e iniciativa para generar y poner en práctica ideas y acciones originales que solucionen problemas actuales y optimicen procesos.
7. **Adaptabilidad al Cambio:** Capacidad para estar abierto a ideas y enfoques novedosos y ser flexible para reaccionar ante los cambios.

Cada una de las anteriores variables se midió a través de la aplicación de una escala tipo Likert, con grados en función a los siguientes niveles:

- A. **Excelente:** El desempeño es excepcional en todas las áreas y se observa muy superior a los demás. No requiere supervisión.
- B. **Muy bueno:** Los resultados exceden con claridad la mayoría de los requerimientos del puesto. El desempeño es de alta calidad y se logra en forma consistente. Requiere de supervisión moderada.

- C. **Bueno:** El nivel de desempeño es competente y confiable. Alcanza los estándares de desempeño que el puesto requiere. Supervisión normal.
- D. **Necesita mejorar:** El desempeño es deficiente en ciertas áreas. Se requiere mejoría. Es necesaria una supervisión muy cercana.
- E. **Insatisfactorio:** Los resultados, por lo general son inaceptables y se requiere mejoría inmediata.

2.4.5. Definición de instrumentos

Calidad de Vida: Para realizar la medición de calidad de vida se utilizó el Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos (PECVEC) que es un cuestionario alemán estandarizado, adaptado al español y orientado a la medición de la Calidad de Vida relacionada con la Salud en enfermos crónicos y en personas sanas. Fundamentado en el sistema modular multidimensional, consiste en un módulo central genérico, no específico e invariable, que mide las tres dimensiones definidas del funcionalismo y del bienestar mediante 40 ítems con un escalamiento tipo Likert.

Calidad de la atención médica: Para realizar la medición de la calidad de la atención médica se utilizó el instrumento de evaluación formulado y diseñado por el Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez, que incorpora las características de formalidad e integridad, el cual ha sido aplicado en diversos estudios e investigaciones de administración de recursos humanos. Este instrumento califica y mide la actuación de los trabajadores incluyendo los siguientes aspectos:

- Calidad en el servicio.
- Productividad.
- Actitudes.

2.4.6. Definición del tipo de investigación a realizar

La presente investigación fue realizada como un **estudio correlacional** debido a las siguientes razones:

- El propósito es medir el grado de relación entre la calidad de vida de los médicos residentes y la calidad de la atención médica para determinar si están o no correlacionados.
- Se desea conocer el comportamiento entre variables para presentar su relación potencial.
- Se intenta correlacionar el valor aproximado que tendrá la calidad de la atención a partir de la ponderación que tiene la calidad de vida de los médicos.

2.4.7. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es **no experimental** debido a que no se manipularán deliberadamente las variables independientes y se basa en variables que se dan en la realidad sin la intervención directa del investigador. Es un enfoque **prospectivo**.

Por otra parte, es un diseño **transversal descriptivo** porque se realizarán observaciones en un determinado periodo de tiempo y se medirán variables de manera individual y también se reportarán las mediciones. Este tipo de diseño fue elegido puesto que es más natural y cercano a la realidad cotidiana.

3. DESARROLLO CAPITULAR

3.1. Capítulo I.- Calidad de Vida.

Cuando deseamos conocer el nivel de desarrollo de un país o región, y, asimismo, acerca de la calidad de vida de sus habitantes, podríamos cuestionarnos sobre la manera de determinarla, la información necesaria, así como de los criterios importantes para llegar a un resultado que mejor refleje la realidad (Nussbaum & Sen, 1996).

El concepto de calidad de vida se ha convertido en el objeto de la investigación en el campo de las ciencias sociales e incluye componentes tan variados como el *modo de vida*, entendido como toda actividad socializada, sistemática y necesaria que vincula al individuo con la producción; *el nivel de vida*, que se refiere sólo a los aspectos económicos y materiales; *las condiciones de vida*, que abarca los contextos sociales y de actividad en la vida de las personas; y el *estilo de vida*, como la expresión social a través de la actividad individual de la personalidad. Recientemente se ha incorporado el término *sentido de vida*, como una dimensión trascendente de las personas, que hace que su percepción subjetiva de vivir les permita descubrir que su vida vale la pena (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

A lo largo del tiempo la investigación en calidad de vida ha sido abordada desde distintas ópticas, principalmente, desde la perspectiva socioeconómica, sin embargo, en últimos años, el estudio de la calidad de vida también ha sido objeto de estudio de otras perspectivas cuantitativas y cualitativas, como las médicas, psicológicas y sociales; por lo tanto, es un concepto que ha tenido varias modificaciones, en las cuales cada investigador desarrolla sus propios métodos de análisis, evaluación e interpretación (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

Para los investigadores del tema, la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir, abarca las funciones físicas, emocionales y sociales. Se relaciona con estas tres esferas de la vida y no sólo con enfermedades y tratamientos (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

Algunos otros autores como Ardilla, concluyen en sus investigaciones que para definir la calidad de vida debe considerarse otros factores como la perspectiva cultural, es decir, “conforme a las creencias de cada época, grupo social, costumbres, cosmogonía, o cualquier referente cultural que tiene el individuo para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente, dependiendo de las interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno” (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

Nussbaum *et al* en su obra mencionan que es necesario conocer acerca de la expectativa de vida de las personas, de su salud y de los servicios médicos, conocer su educación (y no solo de la disponibilidad de ésta, sino de su naturaleza y calidad). Es necesario saber acerca del trabajo, si es satisfactorio o tediosamente monótono, si los trabajadores disfrutan en alguna medida de dignidad y, si las relaciones entre los patrones y la mano de obra es humana o denigrante. Es necesario saber qué privilegios legales y políticos disfrutan los ciudadanos, qué libertades tienen para conducir sus relaciones sociales y personales. Es necesario saber cómo están estructuradas las relaciones familiares y las relaciones entre los géneros, y la forma en que estas estructuras promueven o dificultan otros aspectos de la actividad humana. Sobre todo, se requiere saber la forma en que la sociedad de que se trata permite a las personas imaginar, maravillarse, sentir emociones como el amor y la gratitud (Nussbaum & Sen, 1996).

3.1.1. Calidad de vida desde la perspectiva de la salud.

Como se ha descrito anteriormente, la calidad de vida ha sido asociada a las condiciones de salud, en este sentido, algunos autores mencionan que la salud y la

ausencia de limitaciones, son parámetros importantes a considerar para lograr una buena calidad de vida. Incluso, se han propuesto términos como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Razo *et al*, 2014: 152), entendida como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (Schwartzmann, 2003), y la cual se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

Esta postura, de acuerdo con otros autores estaría equivocada, pues consideran que la calidad de vida se ha convertido en un nuevo criterio para definir la salud y sugieren que la calidad de vida es un bien propositivo, en cuanto que busca de modo activo el desarrollo óptimo de la persona en las distintas dimensiones y a la vez connota un bien variable, marcado por las limitaciones, las transformaciones, donde hay progreso y regresión, es decir, no es algo lineal, mecánico. De ahí que procurar la calidad de vida como fin de la existencia humana sería un error (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

3.1.2. Calidad de vida desde la perspectiva psicológica.

La calidad de vida también ha sido abordada desde el punto de vista psicológico, en este sentido, algunos autores consideran que la calidad de vida contempla la experiencia vivida por las personas, es decir, una importante dimensión psicosocial, que desde sus inicios se ha considerado que incluye el denominado bienestar psicológico o subjetivo. Por otra parte, se define la calidad de vida como un grado óptimo de felicidad (espiritualidad, subjetividad y autonomía de la ética) y bienestar (materialidad, objetividad y autonomía de la economía) (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

Es pertinente destacar que, desde el punto de vista psicológico, el estado de bienestar es un concepto que a veces sustituye al de calidad de vida y que engloba dos aspectos fundamentales: el subjetivo hedónico, que estudia los afectos y el

grado de satisfacción con la vida; y el psicológico o eudemónico, que estudia el desarrollo del potencial humano en relación con el funcionamiento positivo de la persona. A esta división de bienestar subjetivo y psicológico se añade el social, que incluiría todos los aspectos que afectarían al sujeto en sus relaciones sociales, su integración, aceptación, actualización y, por último, su coherencia social. En este mismo orden de ideas, se señala que la calidad de vida es la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal. Por lo que el carácter subjetivo de la misma estaría dado en términos de la satisfacción y la percepción que tiene un sujeto sobre su propia vida en los dominios laboral, afectivo, familiar y social entre otros, lo que sería entendido como bienestar (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

3.1.3. Calidad de vida desde la perspectiva social.

Asimismo, desde la perspectiva social, la calidad de vida es entendida de acuerdo con el grado de satisfacción que alcanza una sociedad en las áreas relacionadas con la subsistencia, la salud, la protección, la vivienda, la información, el conocimiento, la comunicación, el trabajo, la familia, la política, la calidad ambiental, el ocio y la cultura, adquiriendo como indicadores y variables los parámetros tangibles y los parámetros intangibles que convergen con la percepción de la ciudadanía. Es decir, el concepto de calidad de vida se ha relacionado al bienestar del individuo, que se obtiene a partir de la satisfacción de sus necesidades básicas. Esta postura concuerda con lo expresado por otros autores quienes sugieren que en la calidad de vida se deben considerar factores importantes, tales como grados de autonomía, interacciones y redes sociales, condiciones económicas, vivienda y entorno urbano, actividades recreativas y de ocio, capacidad de tomar decisiones al final de la vida, e incluso, la misma dimensión biográfica, influirían en la percepción de calidad de vida (Razo-González, Díaz-Castillo, Morales-Rossell, & Cerda-Barceló, 2014).

Desde hace 20 años, en la literatura se ha destacado la importancia de la asociación entre las relaciones sociales y la calidad de vida. Está extensamente reconocido que las relaciones sociales tienen un efecto muy importante en la salud mental y física. Incluso, hay estudios que han mostrado el impacto de éstas en la mortalidad de las personas. Asimismo, en algunos de estos estudios se ha evidenciado que los individuos socialmente aislados son menos capaces de amortiguar el impacto de estresantes, por lo tanto, corren mayor riesgo de efectos negativos sobre la salud, sobre la calidad de vida, la enfermedad y la muerte. En estudios previos, Hemmati & Chung han demostrado cómo el apoyo social impacta en la calidad de vida de los enfermos con cáncer; siendo más específicos: el número y la fortaleza de los lazos, dada por la frecuencia de las interacciones (Hemmati & Chung, 2016).

3.2. Capítulo II.- El médico Residente y su entorno.

En su artículo, Sarmiento *et al* define a las “*residencias médicas*” como el “*sistema educativo que tiene por objeto completar la formación de los médicos en alguna especialización reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevados adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines*”. Asimismo, añade que los sistemas de salud de muchos países descansan en buena parte en los especialistas y en los médicos residentes, y éstos junto con los médicos internos de pregrado representan la principal fuerza laboral en los hospitales; es por ello que las instituciones de salud invierten una suma de dinero importante anualmente para cubrir las plazas de los residentes, ya que es de esta forma en la que surgen las nuevas generaciones de especialistas (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

La Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre del 2012, en su numeral 3.51 define *Personal médico* como la persona autorizada legalmente que desempeña labores relacionadas con la atención médica en beneficio de pacientes y de la comunidad, de manera directa e indirecta. El personal médico se agrupa conforme a 7 subcategorías en las que en el inciso d) incluye al Médico Residente como el que se encuentra en proceso de formación para obtener el grado de especialista (Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de información en salud).

Por su parte la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de enero del 2013, dentro del numeral 4 incluye sus correspondientes sub numerales con las definiciones que a la letra dicen:

“**Guardia**, conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral, en la unidad médica receptora de residentes en la que está adscrito o asignado”.

“**Médico residente**, profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo” (Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas).

La Ley Federal del Trabajo en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de junio del 2015 en su Capítulo XVI Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad, Artículo 353-A, incluye varias definiciones que a letra dicen:

- **Médico Residente:** El profesional de la medicina con Título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes, para cumplir con una residencia.
- **Unidad Médica Receptora de Residentes:** El establecimiento hospitalario en el cual se pueden cumplir las residencias que, para los efectos de la Ley General de Salud, exige la especialización de los profesionales de la medicina; y
- **Residencia:** El conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en período de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de postgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

3.2.1. La jornada laboral del médico residente.

Durante su formación profesional de posgrado, los médicos cumplen dos actividades: la formativa y la asistencial (médica o quirúrgica). Estas actividades se

realizan durante un periodo variable, según el programa y el país, por lo general comprende entre 3 y 5 años, tiempo en el que el residente labora y estudia en el ambiente asistencial durante el día y la noche. Los médicos residentes, en general, deben laborar ocho horas diarias como en cualquier otro trabajo; a esto se suman las guardias, que van desde un horario aproximado de 16:00 a las 8:00 horas del día siguiente, momento en el que reinician sus actividades ordinarias, lo que hace que su jornada laboral promedio sea de 32 horas continuas, actividad que se puede repetir hasta tres (o incluso más días) a la semana. Algunos estudios de análisis bivariado y multivariado demuestran que la mayor parte de los residentes realizan entre 5 y 6 turnos de 24 horas al mes y no duermen más de 4 horas en cada uno de ellos. Bajo estas condiciones de trabajo, el principal y más visible síntoma es el estrés y la fatiga, cuya presencia impacta de manera negativa en su salud y satisfacción personal. Siendo el estrés un factor de riesgo para desarrollar síntomas de desgaste profesional, se ha relacionado también con otros factores como sobrecarga de trabajo, la privación de sueño, responsabilidades inapropiadas con el nivel de formación profesional, entre otros (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Con respecto a este tema, La Ley Federal del Trabajo en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de junio del 2015 en su Capítulo XVI Trabajos de Médicos Residentes en Período de Adiestramiento en una Especialidad, en su Artículo 353-E establece que *“Dentro del tiempo que el Médico Residente debe permanecer en la Unidad Médica Receptora de Residentes, conforme a las disposiciones docentes respectivas, quedan incluidos, la jornada laboral junto al adiestramiento en la especialidad, tanto en relación con pacientes como en las demás formas de estudio o práctica, y los períodos para disfrutar de reposo e ingerir alimentos”* (Ley Federal del Trabajo, 2015).

El contrato colectivo de trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en lo que respecta a los médicos residentes, señala entre otros puntos: que sus actividades curriculares comprenderán la instrucción académica, el adiestramiento clínico y la instrucción clínica complementaria. Sin embargo, no se especifican

límites de horarios para el trabajo, sólo se menciona que pueden realizar instrucción clínica complementaria mejor conocida como guardia clínica con periodicidad mínima de 72 horas (Contrato Colectivo de Trabajo , 2015).

Como puede observarse, la jornada laboral de los médicos residentes no está bien determinada en México, es asunto de las Unidades Receptoras de Residentes u Hospitales determinar el horario de sus médicos en formación; siendo estos horarios en algunas ocasiones explotadores.

De acuerdo con diversos estudios hechos en distintos países, se ha relacionado a estas cargas de trabajo excesivas el desarrollo de Síndrome de Burnout, aunado a algunos otros fenómenos como agotamiento emocional, despersonalización o falta de realización personal en el trabajo. Las principales dificultades en la realización de este tipo de estudios han versado principalmente en las diferencias culturales. A pesar de las diferencias, la percepción que los médicos residentes tuvieron de su calidad de vida respecto de la salud tuvo un descenso estadísticamente significativo en la mayoría de los países (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

3.2.2. Burnout en el ambiente laboral del médico residente.

El término burnout se usó por primera vez hace más de 40 años, por el psicólogo Hebert Freudenberg para describir el desgaste extremo de un empleado. El término fue adoptado rápidamente por sindicatos y abogados. El síndrome de desgaste es causa de incapacidad laboral importante, independientemente del gremio al que se haga referencia; se ha descrito en particular para los trabajadores de la salud y específicamente en médicos (Secín-Diep & Rodríguez-Weber, 2016).

Los factores que pueden contribuir a la aparición del síndrome de desgaste son muy variados. No sólo afecta a personas que tienen sobrecarga de tareas o responsabilidades, sino también cuando existen *problemas internos* entre la empresa y el individuo; la desorganización en el ámbito laboral puede poner en riesgo la capacidad de rendimiento del empleado. Un ejemplo de esto lo vemos

cuando los roles y las tareas no están claras, cuando existe competencia desmedida o lugares físicos de trabajo insalubres. La capacidad de cada individuo para la adaptación también influye para padecer este síndrome (Secín-Diep & Rodríguez-Weber, 2016).

Como se ha mencionado anteriormente, las residencias médicas constituyen un periodo esencial en la formación del médico y en todo el mundo están asociadas con niveles altos de esfuerzo físico y emocional. Los médicos residentes deben afrontar niveles crecientes de responsabilidad y de cargas de trabajo, privación del sueño, desgaste físico y salarios bajos. Durante este periodo deben aprender a usar su tiempo de manera eficiente, adquirir conocimientos y habilidades técnicas suficientes como para tener un desempeño alto, así como desarrollar empatía y compasión por los pacientes. Frecuentemente se les solicita tomar decisiones rápidas, en las que sus juicios son evaluados a detalle. Como resultado, el adiestramiento médico durante las residencias puede ser una época de niveles altos de estrés y puede contribuir a padecer síndrome de desgaste, angustia y depresión. A pesar de que se procura mayor atención en el bienestar de los médicos residentes, la bibliografía acerca de los perfiles psicológicos y el agotamiento de los residentes es muy limitada. Esta variabilidad se atribuye a estudios con muestras pequeñas, diferentes instrumentos de medición y fallas metodológicas en la mayor parte de ellos (Secín-Diep & Rodríguez-Weber, 2016).

En un estudio prospectivo realizado de marzo de 2009 a febrero de 2010 en médicos internos de pregrado y residentes de diversas especialidades del Hospital Ángeles Pedregal de la Ciudad de México, Secín-Diep y Rodríguez-Weber aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach traducido al español; con esto, obtuvieron que el 48% de la muestra total manifestó agotamiento emocional, 20% deshumanización y 15% falta de realización personal; al comparar el porcentaje de cansancio emocional en las tres fechas de recolección de información (febrero y octubre de 2009 y abril de 2010), el porcentaje de reporte de cansancio emocional se

incrementó de manera considerable: 17, 48 y 73%, respectivamente (Secín-Diep & Rodríguez-Weber, 2016)

En 2013, un estudio de Velázquez-Pérez y colaboradores, efectuado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Ciudad de México, en el que se aplicaron encuestas a médicos residentes (Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría) al momento de su ingreso al primer año del curso de especialidad, el 1 de marzo de 2010; este mismo procedimiento de aplicación de la encuesta se llevó a cabo 6 y 12 meses después del ingreso de los médicos residentes, en septiembre de 2010 y abril de 2011, respectivamente. Se encontró que las especialidades médicas donde se detectaron a los médicos con los mayores porcentajes de agotamiento emocional al año de iniciar la residencia médica fueron las de Psiquiatría, siguiéndole Neurocirugía y por último los de Neurología. Estos resultados, explican los autores, pueden deberse al tipo de pacientes que atienden los Psiquiatras. Sugieren que una buena alternativa para disminuir la sintomatología depresiva, el estrés y la presencia del síndrome *burnout* o desgaste profesional es la implementación de sesiones grupales para los médicos residentes, bajo el modelo de los grupos Balint, con el objeto de crear un espacio de confiabilidad psicológica donde se facilite el intercambio entre colegas sobre los aspectos emergentes de la práctica cotidiana; de la misma forma también incluir actividades recreativas, tanto culturales como deportivas, con una mayor periodicidad, e incluso implementar sesiones o programas de música instrumental en sus sitios de trabajo (Velásquez-Pérez, Colin-Piana, & González-González, 2013).

El estrés, según Sarmiento *et al*, es una variable constante en la mayoría de las instituciones en que se investiga su presencia. Si bien existe un debate acerca de lo inevitable que resulta el estrés dentro de una residencia médica (incluso hay quienes han señalado que dicho estrés puede ser benéfico en algunas situaciones), la realidad es que, además de traer consecuencias negativas para la salud del médico en formación, implica costos e impactos sobre la calidad de atención en salud. Otros factores de estrés en la residencia incluyen diferencias de género que

provocan dificultades para establecer relaciones interpersonales, elementos que se ven más deteriorados en las mujeres, aunque no dejan de presentarse en los varones (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Sin duda, el estudio de Burnout en los médicos residentes es un aspecto importante para la evaluación de la calidad de vida de éstos; éste no es el único factor que debiera estudiarse, ya que como lo dice Sarmiento, tienden a omitirse análisis relacionados con el bienestar material, social, emocional y de desarrollo personal, aspectos también esenciales en el desarrollo integral de un individuo (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

3.2.3. La privación del sueño en el ambiente laboral del médico residente.

Las consecuencias de las guardias nocturnas y la privación de sueño sobre la salud y calidad de vida de los médicos en formación de posgrado han sido ampliamente estudiadas desde hace varios años. Es bien sabido que los profesionales de la salud tienen largos periodos de trabajo en los hospitales. Ya sea en el quirófano, en la sala de urgencias, sala de partos o en la unidad de cuidados intensivos; todos estos lugares son en los que más se trabaja durante toda la noche en un hospital. Los efectos que el trabajo nocturno genera en los trabajadores de la salud al día siguiente demuestran que existen riesgos para la vida personal y por supuesto para la vida de los pacientes (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

De acuerdo con el Metaanálisis de Sarmiento y colaboradores, una encuesta hecha a más de 3600 médicos residentes de Estados Unidos reveló que trabajar más de 24 horas de forma continua se relacionaba con mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito. En México, se ha visto que a estos factores de estrés se suma que la práctica clínica de los médicos residentes muchas veces no es supervisada ni retroalimentada (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Como solución al cansancio crónico, muchos médicos residentes reconocen haber usado fármacos y consumo de diversas sustancias estimulantes para evitar el

sueño. Otro número significativo de ellos reconoce haber cometido errores importantes durante su labor asistencial como consecuencia de su fatiga. Estudios evidencian que jornadas laborales prolongadas se asocian significativamente con la presencia de síndrome de desgaste profesional, especialmente en los que trabajan 80 horas o más por semana, o los que tienen tres o más guardias en el mismo periodo de tiempo (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Según los hallazgos del autor la mayoría de los residentes considera que la actividad asistencial nocturna influye negativamente en diversos aspectos de su calidad de vida, su labor asistencial y su salud, lo que lleva, como se ha dicho, a que se cometan errores graves en la atención de pacientes, aparición de enfermedades y dificultad en sus relaciones. La sola privación de sueño sería una causa suficiente para una predisposición a cometer más errores; no obstante, en la población de residentes también se encuentran datos sobre abuso de alcohol, consumo de sustancias alucinógenas e, incluso, suicidios. Desde hace algunos años, se sabe que la tasa de suicidio entre los médicos se encuentra entre 28 y 40 por 100.000, cifra que se considera más alta en comparación con la de la población general, que es de 12.3 por 100.000, lo que se califica como la mayor tasa entre todos los profesionales (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Como se ha mencionado, el sueño es uno de los temas que más se ha estudiado como de mayor incidencia en la calidad de vida. Los efectos negativos por resaltar luego de una guardia son: la velocidad de reacción, la atención y la memoria. En uno de los estudios se pudo observar que la privación de sueño genera un deterioro significativo en la velocidad de reacción visual, con una caída de 13 a 30% en los valores antes de una guardia y después de ésta. Estudios de laboratorio han puesto en evidencia que después de una guardia, los niveles de somnolencia diurna en los médicos residentes son equiparables, o incluso superiores, a los de pacientes con narcolepsia o apnea del sueño, y que padecen privación crónica parcial del Sueño (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Adicionalmente a estos factores, se observa que el estado anímico se encuentra deteriorado, lo que provoca algún tipo de desadaptación en las relaciones profesionales y familiares de los médicos (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Como evidencian los estudios antes mencionados, la privación o falta de sueño en los médicos residentes, es una de las situaciones más desfavorables en el mejoramiento o mantenimiento de una calidad de vida aceptable. Ya que las consecuencias no sólo se circunscriben a la vida de los médicos; sino a la seguridad de los pacientes, ya que como lo mencionan los autores, esta merma en el rendimiento de los médicos y en particular en su estado de alerta, puede devenir en la ocurrencia de eventos adversos.

3.3. Capítulo III.- La atención médica en el Sistema de Salud Mexicano.

El sistema mexicano de salud comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros; y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gómez Dantés, y otros, 2011).

De acuerdo con el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias;
- los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y
- la población con capacidad de pago (Gómez Dantés, y otros, 2011).

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social; el IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población

asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios (Gómez Dantés, y otros, 2011). [SEP]

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. La población no asalariada, anteriormente recurría para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SSa, los SESA y el IMSS-O. En el año 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular (SPS). Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubre a la población de mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país (Gómez Dantés, y otros, 2011).

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), contribuciones del empleado y contribuciones del gobierno. La SSa y los SESA se financian con recursos del gobierno federal en su mayor parte, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir atención. El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos se encuentran exentos de estos pagos (Gómez Dantés, y otros, 2011).

Como puede observarse, en México, contamos con un Sistema de Salud Mixto, o como se ha dicho: Un sistema de salud fragmentado. Según Chertorivski y Fajardo,

la razón de que el sistema de salud sea así, quizá se deba a que durante buena parte del siglo pasado perduró el consenso en torno a la seguridad social como principal mecanismo para ampliar el acceso a la salud, de acuerdo con esta visión todas las personas obtendrían un empleo formal y con ello el acceso a la salud. Sin embargo, como lo vivimos, esta visión no pudo estar más equivocada. Es por ello por lo que, de acuerdo con los autores, en 1983 se buscó fortalecer el acceso a los servicios de salud a través de un nuevo fundamento constitucional: la modificación del artículo 4° Constitucional, el cual fue realizado con la intención de incorporar como garantía social el derecho a la protección de la salud. Gracias a esta reformulación la salud dejó de ser un derecho vinculado a la condición laboral del individuo para convertirse en un derecho al que se accede por la mera condición de persona (Chertorivski Woldenberg & Fajardo Dolci, 2012).

3.3.1. Recursos humanos y materiales en el sistema de Salud Mexicano.

En cuanto a la infraestructura en salud en México, de acuerdo con el Boletín de Información Estadística del año 2015, en el país existían 28,366 establecimientos de salud operando: 22,072 son de Consulta Externa; 4,456 son de Hospitalización; 1,173 son de apoyo y 665 de asistencia social (Boletín de Información Estadística, 2015).

En cuanto a camas totales (censables y no censables), en 2015 existía un total de 184,112 camas totales, para atender a una población de 121,005,816 de habitantes en el país. Esto arroja una relación de 1.52 camas totales por cada 100,000 habitantes, inferior a la OCDE, que es de 4.77 por cada 100,000 habitantes (Boletín de Información Estadística, 2015).

Con respecto a camas en área de hospitalización (censables), en 2015 existía un total de 121,815 camas censables, para atender a una población de 121,005,816 de habitantes en el país. Esto arroja una relación de 1.01 camas censables por cada 100,000 habitantes, inferior a la OCDE, que es de 3.30 por cada 100,000 habitantes (Boletín de Información Estadística, 2015).

En lo que se refiere al personal médico en contacto con el paciente, constituido por médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, internos y residentes, en 2015 existía un total de 299,371 personal médico, para atender a una población de 121,005,816 de habitantes en el país. Esto arroja una relación de 2.47 personal médico por cada 100,000 habitantes, inferior a la OCDE, que es de 3.27 por cada 100,000 habitantes (Boletín de Información Estadística, 2015).

Hablando más específicamente del personal médico en contacto con el paciente; el cual fue en 2015 de 218,162; aproximadamente el 10.37% del personal (22,613), fueron Médicos Residentes. El resto estuvo constituido por Médicos Generales (22.12%), Especialistas (49%), Odontólogos (5.48%), Radiólogos (1.45%), Pasantes de medicina (5.6%), Pasantes de odontología (1.36%) y Médicos Internos de Pregrado (4.62%) (Boletín de Información Estadística, 2015).

A pesar de que en los últimos años se ha incrementado la cantidad de recursos humanos empleados dentro del sistema de salud de México, aún enfrentamos un déficit de personal de salud; lo que, sin duda, nos lleva a implementar algunas medidas como jornadas laborales extenuantes al personal, para cubrir este déficit.

3.3.2. La educación médica y su papel en el sistema de salud.

La educación, sin duda, incide en el desarrollo social y cultural de las naciones, por lo tanto, de su mejora se esperan logros significativos en varios aspectos que contribuyen en el bienestar de los países: la superación de la pobreza, los adelantos tecnológicos, la consolidación de la paz, el progreso y el desarrollo integral de la sociedad. A lo largo de los años, han existido grandes esfuerzos encaminados al mejoramiento de la educación médica; esfuerzos que han sido acompañados de radicales cambios en el paradigma de los profesionales de la salud (Pinzón, 2008).

Ya desde 1988, en el contexto de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica, se expide la Declaración de Edimburgo donde se generan directrices acerca de la

producción de recursos humanos en salud en el sentido de asegurar la formación de médicos que promuevan la salud de toda la población. Recomienda y asegura que la educación debe integrar la salud, su promoción y prevención, los problemas comunitarios y la comprensión de la persona como un todo; los valores éticos y morales, las habilidades de comunicación, el profesionalismo y orienta el desarrollo de métodos activos y autodirigidos para promover la capacidad de los estudiantes de aprender y de comunicarse (Pinzón, 2008).

Al mismo tiempo, hay autores que llegan a la conclusión de que al estarse produciendo cambios continuos en los modelos de enfermedad y la transformación de la práctica médica, así como las tendencias por privilegiar los aspectos preventivos, se hace necesario que los estudiantes profundicen sus conocimientos en ciencias humanas, profesionalismo, epidemiología clínica, ciencias exactas, tecnología de la información y de la comunicación; y que los procesos de capacitación se desarrollen más allá de los muros de la universidad y del hospital, con la extensión a la comunidad (Pinzón, 2008).

Por otra parte, Graue expresa que es en los médicos, en los que recaen las acciones de promoción, prevención, atención médico-quirúrgica y rehabilitación de los problemas de salud de la población. De alguna forma, también corresponde a estos médicos el análisis de los sistemas de salud, de su equidad, de su eficacia y de la calidad de atención que brindan, así como de las carencias y problemas que presenta para proponer políticas públicas que lo mejoren y transformen (Graue-Wiechers, 2012).

Siguiendo dicha idea, habría que reconocer que, en México, el papel de las escuelas de medicina en la formación de profesionistas con las características descritas solo ha sido parcialmente logrado (Graue-Wiechers, 2012).

Un sistema de salud equilibrado dice Graue, debe permitir una adecuada planeación de recursos humanos; las metas educativas deben corresponder a las demandas

laborales, tanto en la formación del número de médicos generales como el de especialistas de las diferentes ramas de la medicina, y estas últimas deben responder a los requerimientos epidemiológicos que presenta una nación. Básicamente, todo lo anterior debe guiar la carga educativa del médico o especialista en formación (Graue-Wiechers, 2012)

La oferta laboral, por tanto, debiera ser la resultante de un crecimiento organizado del sistema de salud que tome en cuenta la migración, las características de género, la necesidad geográfica de contratación, los estímulos económicos necesarios, y las jubilaciones y el retiro laboral, entre otros factores. Es así, que el mercado laboral bien definido, las necesidades de prevención, atención médica y rehabilitación de acuerdo con el perfil epidemiológico del país normarían la construcción de los distintos programas de estudio y la formación de médicos y de la fuerza laboral en salud (Graue-Wiechers, 2012).

Pero como vemos a diario, en México esto no ha sucedido. Tenemos un sistema fragmentado en la prestación de servicios de salud donde cada una de las instituciones demanda distintos modelos de atención primaria. Tenemos también un déficit de médicos por una mala distribución geográfica, consecuencia lógica de la limitación de oportunidades de crecimiento social en las zonas marginadas y de una política de contratación incierta. A pesar de ello, el aumento de las escuelas de medicina en el país ha producido una mayor cantidad de médicos y, de hecho, somos porcentualmente uno de los países, dentro de la OCDE, que mayor proporción de crecimiento presentamos en los últimos años en la formación de recursos humanos en salud. A pesar del incremento en estos índices, lo anterior no nos ha llevado a superar cabalmente la desigualdad provocada por la inadecuada distribución de nuestros médicos (Graue-Wiechers, 2012).

En resumen, la fragmentación del sistema de salud, la falta de definición de un modelo universal de atención primaria, la inexistencia de una política de contratación de médicos generales, aunada a una política que da preferencia a la

atención médica especializada, son factores que han venido provocando una mayor contratación de médicos especialistas que, a todas luces, no ha sido la solución al problema (Graue-Wiechers, 2012).

Dadas las tendencias de mayor contratación de especialistas que presenta el país, el sistema nacional de residencias, de alguna forma, debiese haber sido modulado para tomar en cuenta las necesidades de los cambios epidemiológicos; de las alteraciones demográficas (mayor número de geriatras y de especialistas hacia la edad avanzada y una gradual disminución de pediatras), el crecimiento esperado del sector y los factores de jubilación y retiro. Sin embargo, esto no ha sucedido así. El número de plazas para el ingreso a la residencia no ha tenido un incremento gradual y programado, ni en el número ni en el tipo de especialistas que requiere el país (Graue-Wiechers, 2012).

El sistema de salud, como bien lo menciona Graue en su artículo, es un sistema que urge transformar, y la adecuada planeación de la educación médica es un elemento indispensable en esa transformación; y, además, sin duda en esta planeación debiera considerarse el bienestar laboral de los médicos en formación.

3.4. Capítulo IV.- La calidad entorno a la seguridad del paciente.

La calidad, según Varo, puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. Sin embargo, tanto en el ámbito general como en el sanitario, existen unos criterios erróneos acerca de la calidad y de su control que suponen un obstáculo al necesario entendimiento entre quienes la exigen y los que deben conseguirla (Varo, 1993).

Asimismo, Varo agrega que el objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor, aunque éste es un concepto controvertido. Las necesidades pueden estudiarse desde diversos puntos de vista como el de la teoría económica, del marketing, de la psicología y de la economía de la salud, que no siempre coinciden. Sin embargo, desde todos estos puntos de vista se han aportado contribuciones al conocimiento de las necesidades que deben considerarse al planificar los recursos en salud (Varo, 1993).

Agrega el autor que la calidad de la atención médica es una propiedad de un acto determinado de asistencia sanitaria que se puede tener con distinto grado. Es, por tanto, una variable continua que puede registrar diversos valores. El problema de su evaluación radica en determinar qué atributos lo componen, establecer una unidad de medida para cada uno de ellos, desarrollar un sensor que los mida y fijar unos valores estándar que permitan emitir juicios, tras su comparación con aquellos, acerca de la bondad de un acto médico (Varo, 1993).

Donabedian, ha propuesto tres elementos de la asistencia sanitaria que, relacionados, conformarían el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto. Estos factores son los aspectos *técnicos* y *científicos*, los *interpersonales* y un factor añadido, el entorno (que él denomina "*amenidades*"), que comprendería tanto el ambiente como las consecuencias derivadas de él. Este autor encuentra difícil separar de forma nítida los dos primeros elementos; entiende que la atención técnica tiene un componente no científico y que la relación interpersonal puede ser parcialmente científica (Varo, 1993).

Otros autores son más categóricos con respecto a esta cuestión e, incluso, desarrollan una fórmula matemática que vincula el arte y la ciencia de la atención médica (Varo, 1993).

En el libro “La Calidad de la Atención a la Salud en México a través sus Instituciones” los autores abordan la calidad como la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y que se encuentra implícita en todas las áreas de desarrollo de un individuo y de una sociedad; dicen que a pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que sigue representando un reto para la misma, pero sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos que repercutan en su progreso sanitario y social (Secretaría de Salud, 2012).

La ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas (Secretaría de Salud, 2012)

Por su parte el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América define la calidad como: *El grado en el cual los servicios de salud para las personas y poblaciones, incrementa la probabilidad del resultado deseado, y que son consistentes con los conocimientos actuales.* Asimismo, Aguirre Gas la define como: *otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.* Otorgar servicios médicos de calidad es el objetivo al que todos los profesionales de salud deben aspirar y comprometerse. No debemos olvidar, dice, que también existe un marco que delimita las responsabilidades legales de los profesionales de la salud. Si bien es cierto que legalmente no se puede exigir un resultado, sí deben de cumplirse las obligaciones de medios diagnósticos, tratamiento y de seguridad del paciente durante el proceso de atención médica (Gutiérrez-Vega & Carrillo, 2011).

Un aspecto importante para mejorar la calidad asistencial es, sin duda, la seguridad del paciente, la cual según Aranaz *et al* es una dimensión clave que ya nadie discute en el ámbito científico. Agrega que es un término que incluye las *actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables*, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, además de promocionar aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre toda prueba de cultura reactiva que culpabilice o señale a los profesionales por sus errores (Aranaz & Moya, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como un principio fundamental en todos los sistemas de salud, por lo que desde 2002, en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema y consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente y para dar resolución a dicha Asamblea, en 2004 se crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2015).

De acuerdo con la OMS la seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2015).

Como comenta Aranaz, la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud Español y de otros países, ha sido situado como uno de los elementos clave en la mejora de la calidad. La estrategia de seguridad del paciente dice, promueve acciones orientadas a mejorar la cultura de seguridad entre profesionales y pacientes, mejora el conocimiento sobre los eventos adversos y suscita la

implementación de prácticas seguras en los centros asistenciales (Aranaz & Moya, 2011).

A nivel internacional, existen grupos de trabajo que sobre seguridad de pacientes se han constituido en: la OCDE, Comisión Europea (EUNetPAS, Patient Safety and Quality of Care Working Group) y OMS (estudio IBEAS, programa Bacteriemia Zero, campaña de higiene de manos, desarrollo de la taxonomía y sistema de clasificación de eventos adversos, o programa de pacientes por la seguridad, entre otros) (Aranaz & Moya, 2011).

Añade que de manera genérica se puede mejorar la seguridad clínica del paciente reduciendo la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos, suprimiendo la actividad que los ocasiona si esta es superflua, evitando los fallos humanos en el desarrollo de la actividad, o vigilando los fallos de sistema y actuando antes de que produzcan daño y también, minimizando sus consecuencias. Para ello, dice, se pueden utilizar estrategias de prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria (Aranaz & Moya, 2011).

Por último, agrega que sería deseable que las instituciones de salud también contemplaran estos aspectos en el currículum de los estudiantes de ciencias de la salud para que conocieran el cuerpo de doctrina, las habilidades y la aplicación práctica de todos los contenidos que rodean la seguridad del paciente como dimensión nuclear de la calidad asistencial, y que se destierre el mito de la actitud de certidumbre e infalibilidad que, con frecuencia, se transmite en la docencia de la medicina, inculcando actitudes y comportamientos poco proclives a aceptar y comunicar el error por parte de los nuevos profesionales y la necesidad prioritaria de cambiar dicha actitud (Aranaz & Moya, 2011).

El Gobierno Federal Mexicano, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la Organización Mundial de la Salud, reconoce desde 2007 a la seguridad del paciente como un componente fundamental de la mejora de

la calidad en los servicios de salud, establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y en el Programa Sectorial de Salud del mismo periodo (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2015).

En México se desarrollan diversas acciones para la reducción y prevención de eventos adversos derivados de la atención médica principalmente en hospitales públicos de mediana y alta complejidad del sector salud (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2015).

3.5. Capítulo V.- La calidad de vida de los Médicos Residentes y su relación con la Calidad de la Atención.

La necesidad de revisar las condiciones de calidad de vida de los residentes ha sido una preocupación de diversas instituciones y de organismos legislativos en todo el mundo. A pesar de que las facultades de salud se esfuerzan por formar más y mejores profesionales capaces de combatir la enfermedad, el estrés y la disminución de la calidad de vida son factores cada vez más frecuentes (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Paradójicamente, aunque los propósitos de formación de profesionales capacitados para la promoción y prevención de salud son comunes a todas las facultades de salud, el desarrollo de las residencias médicas en todo el mundo —incluidos países avanzados—, ha evidenciado niveles de estrés superiores a los de la población en general. Los factores más comúnmente asociados a este problema están representados en la sobrecarga de trabajo, la privación de sueño y las consecuencias derivadas de estos factores tales como errores en la atención y las quejas por parte de los pacientes y sus familiares; simultáneamente, en muchos de estos médicos se presentan síntomas clínicos de trastornos emocionales y enfermedades de diversa índole (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Los estudios transversales y prospectivos que desde hace más de treinta años se vienen realizando en diversas partes del mundo sobre el impacto del factor estrés en residentes, demuestran que esta situación también se encuentra vinculada y en sinergia con otros elementos tales como presencia de conocimientos médicos insuficientes, ausencia de supervisión en muchas decisiones, ambientes académicos poco estimulantes, alto grado de competitividad, dificultades financieras e incertidumbre respecto al futuro profesional (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

Con frecuencia, se estima que la responsabilidad natural del ejercicio de salud consiste en el interés educativo y práctico de mejorar la calidad de vida de la

población. No obstante, esta responsabilidad es medida, frecuentemente, según el grado de satisfacción del paciente y casi nunca en la perspectiva del personal asistencial. En general, se hace poco énfasis en conocer e investigar sobre la calidad de vida de los profesionales de salud a pesar de que se sepa que el bienestar laboral de ellos también influye en la efectividad de su trabajo, en términos de resultados de salud poblacional (Sarmiento & Parra-Chico, 2015).

3.6. Capítulo VI. - Los hospitales como organizaciones.

A lo largo del tiempo, diversos autores han tratado de definir de forma más precisa lo que es una Organización; sin duda ha sido una tarea difícil ya que el entorno de éstos ha cambiado de forma muy rápida y, sobre todo, en los últimos años, con el advenimiento de la revolución tecnológica, éstas han resultado afectadas de manera importante. A pesar de ello, hay algunos puntos en general en los que concuerdan y son: que se trata de un grupo de personas, las cuales trabajan para el alcance de metas y objetivos comunes.

Por tanto, bajo este razonamiento, se puede aseverar que los hospitales son organizaciones constituidas por personas (trabajadores de la salud), que buscan o comparten un fin común (la salud de sus pacientes).

Asimismo, es importante señalar que los sistemas sanitarios son el conjunto de entidades y organizaciones encargados de la producción de servicios sanitarios. Puede definirse como “sanitario” a aquel servicio cuyo objetivo directo es la mejora o protección de la salud (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

De acuerdo a Díaz Fernández en los últimos años, ha tomado fuerza en el sector hospitalario el concepto de empresa de servicios para definir la esencia del hospital. Asevera que en un entorno cambiante en el que la presión del mercado, la innovación, la tecnología y la competencia es creciente y la calidad del servicio es cada vez más importante, las instituciones y organizaciones prestadoras de servicios sanitarios están teniendo que incorporar rápidamente los planteamientos de calidad del servicio y eficiencia que ya forman parte del entorno social en cualquier otro servicio (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

Continuando con la idea, las características de una empresa pueden aplicarse sin ningún problema a los hospitales, es por ello que se puede decir que el hospital es una empresa de servicios. Algunas características que Díaz ejemplifica son las siguientes:

- a) **El capital:** los recursos fijos, capital inmovilizado o material inventariable de un hospital está formado por los edificios, instalaciones y equipamiento (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).
- b) **Las personas:** como en todas las organizaciones, más aún en las empresas de servicios y especialmente en las empresas de profesionales, suponen el “activo” fundamental, lo que marca la diferencia. La dimensión de la plantilla y el consumo de recursos que supone (entre un 50 y un 70% del presupuesto), así como su nivel de profesionalización, con más de un 60% de titulados universitarios y más de un 10% de titulados superiores, licenciados o doctores, es de los más elevados que se pueden dar en una organización (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).
- c) **La organización:** se da un proceso productivo que no es sino el diagnóstico, tratamiento y cuidados de personas enfermas para sanar o mejorar su dolencia, restableciendo su salud. Existen otros procesos productivos finalistas como son la docencia y la investigación sanitaria. Y un sinnúmero de procesos internos de apoyo a esos procesos fundamentales (administrativos, hoteleros, de mantenimiento, entre otros). Y existe un mercado y una relación comercial en el mercado. Se prestan unos servicios y se generan unos ingresos económicos para invertir en capital y alimentar el proceso productivo. Este ciclo puede estar todo lo oculto que se quiera en los casos de hospitales públicos, pero no por eso deja de existir (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

Así, dice Díaz Fernández, parece afianzarse en el mundo de la gestión hospitalaria un doble eje estratégico: la importancia de la calidad como valor estratégico fundamental y la gestión de los procesos asistenciales integrados como instrumento óptimo para enfrentar este reto de la calidad (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

Según Díaz, queda un tercer eje estratégico clave para el éxito: el papel primordial de los profesionales, verdaderos agentes del producto final. Los hospitales son organizaciones de profesionales, dice. La organización debe asegurar todo el apoyo logístico y operativo a los procesos asistenciales realizados por los profesionales.

Una gestión de los procesos asistenciales enfocada a la satisfacción de las expectativas de los usuarios, en la que los profesionales son los protagonistas, con una visión estratégica de empresa de prestación de servicios de alta calidad, flexible, con rapidez de adaptación al cambio del comportamiento, costumbres y expectativas de los ciudadanos, así como al avance del conocimiento y la tecnología, está ya configurando el paradigma actual de la gestión hospitalaria (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

La tradicionalmente llamada “gestión de recursos humanos” representa uno de los pilares fundamentales del cambio estratégico de las organizaciones sanitarias. Entre la “gestión de recursos humanos” y la nueva “gestión de personas” existen diferencias fundamentales:

- Incluso en estos tiempos, en algunas instituciones, se lleva a cabo *la gestión administrativa de los recursos humanos* centrada en el individuo, entendido éste como un recurso- elemento aislado. Esta gestión se centra en los elementos administrativos y tiene una orientación meramente operativa (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).
- En cambio, ***la gestión de personas*** se define desde una perspectiva de gestión de equipos; está orientado a un cliente que es la dirección de la empresa, pero al mismo tiempo y al mismo nivel se orienta también al cliente profesional (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

Según el autor, el contexto cambiante en el que sobreviven las organizaciones sanitarias en la actualidad, impone la necesidad de replantarse organizativa, funcional y estructuralmente los servicios de salud, que han de responder a las necesidades del cambio (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

En este contexto, las nuevas orientaciones de gestión de personas deben ser:

1.- Cambiar el concepto del profesional como un recurso cualificado que ha de realizar una serie de actividades y tareas a un concepto de persona, integralmente entendida (experiencia personal, inteligencia cognitiva y emocional, expectativas, ilusiones, miedos), que ha de tener unas cualificaciones que le capaciten para asumir responsabilidades y funciones. El profesional es, desde este punto de vista,

un “activista de cambio” en la organización, para lo cual es preciso fomentar actitudes de curiosidad (¿por qué no hacer las cosas de otra forma?) innovación y creatividad con mente abierta y flexible (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

2.- Entender que el entorno de la organización ha de ser participativo, posibilitando el desarrollo de liderazgos situacionales basados en el conocimiento. Ello solo es posible en un ambiente de libertad donde el peso y la presión de la jerarquía, las normas y estructuras sean los mínimos imprescindibles (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

3.- Una apuesta decidida por una cultura organizativa basada en el aprendizaje y la mejora continua, lo que supone maximizar la sabiduría y experiencia frente a la antigüedad entendida como tiempo cronológico. También se requiere un desarrollo de comportamientos que permitan compartir éxitos y errores, convirtiendo unos y otros en oportunidades de avanzar y mejorar (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

Entre otros temas en relación a la gestión de las personas, el autor aborda uno muy importante que es la política retributiva y de incentivación como una pieza clave en el asunto. Dice que para incentivar, estimular y motivar a los profesionales se cuenta con oportunidades y herramientas que no siempre se utilizan o no se usan adecuadamente. Así, cabría destacar:

- La comunicación interna.
- La participación activa de los profesionales en la gestión y diseño de planes y programas.
- El reconocimiento explícito, que comprende desde una palmada en la espalda hasta el reconocimiento formal.
- Oportunidades de formación mediante intercambios.
- Políticas orientadas a la igualdad de oportunidades: adecuación de horarios, ayudas.
- **La organización de los tiempos y entornos de trabajo:** la transformación de los entornos de trabajo en espacios confortables y saludables y la distribución del tiempo de trabajo (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

Asimismo, añade que algo que está siendo más atractivo al nuevo liderazgo es la necesidad de gestionar personas. “Las organizaciones han de perder esta estructura y forma de funcionamiento jerarquizada, verticalizada, hermética y rígida para convertirse en estructuras vivas, dinámicas, flexibles, horizontales y, sobre todo, **humanas**. Desde fuera y desde dentro, cuando alguien mira una organización del futuro y se sienta complacido con lo que encuentre en ella, será porque verá cómo esa organización se ha impregnado de humanismo” (Temes Montes & Mengíbar Torres, 2011).

4. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

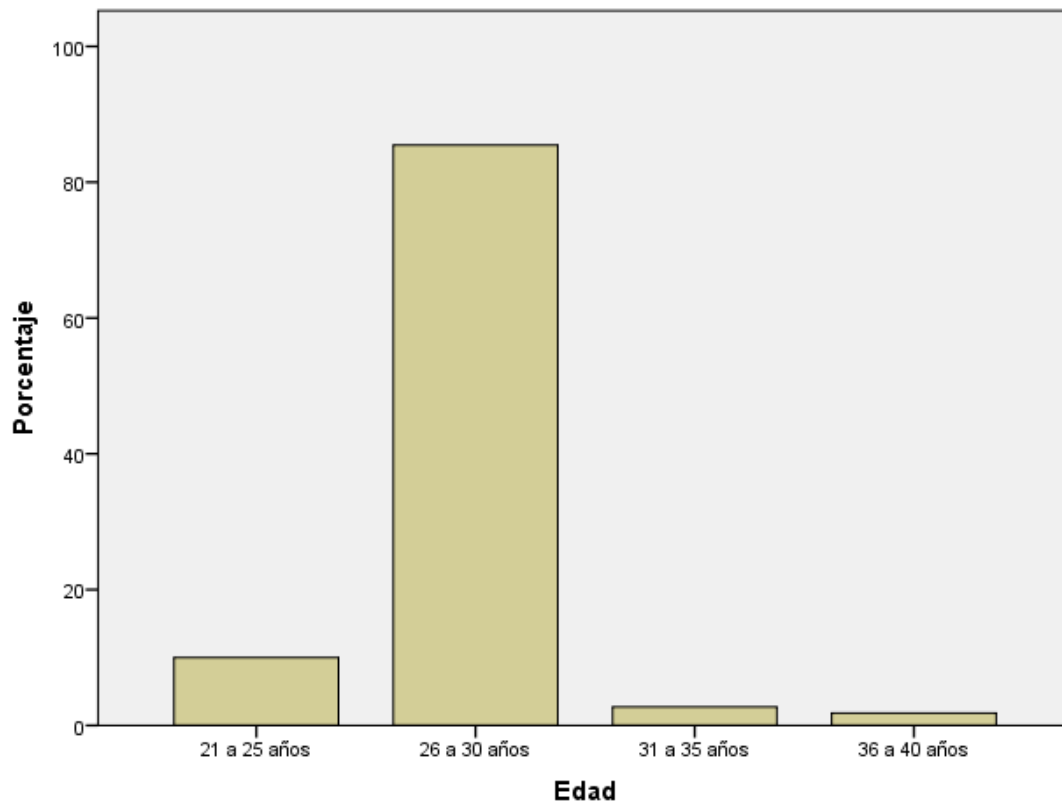
Tablas de frecuencia y gráficas

A continuación, se presentan cada una de las tablas de frecuencias con su respectiva gráfica de cada uno de los ítems utilizados para evaluar la calidad de vida de los médicos residentes.

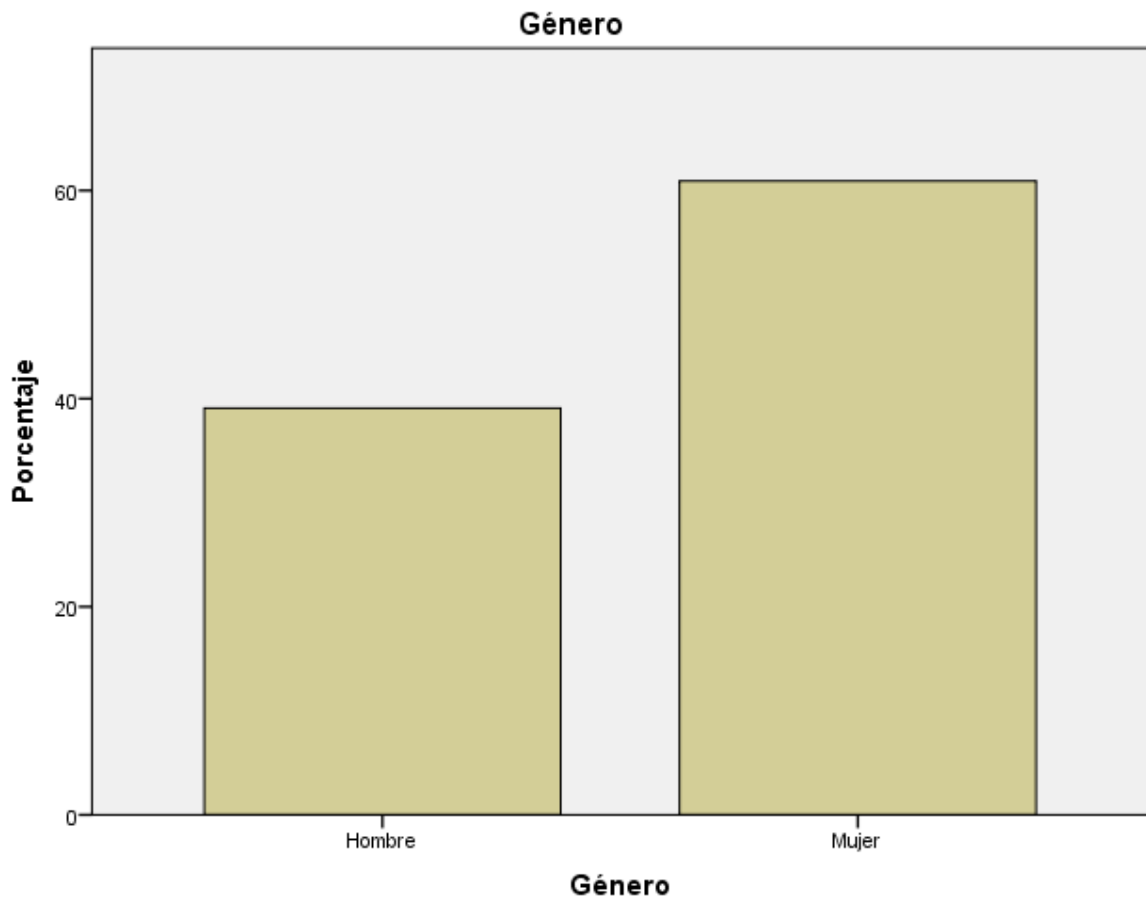
Tabla 1. Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21 a 25 años	11	10.0	10.0	10.0
	26 a 30 años	94	85.5	85.5	95.5
	31 a 35 años	3	2.7	2.7	98.2
	36 a 40 años	2	1.8	1.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

Gráfica 1. Edad

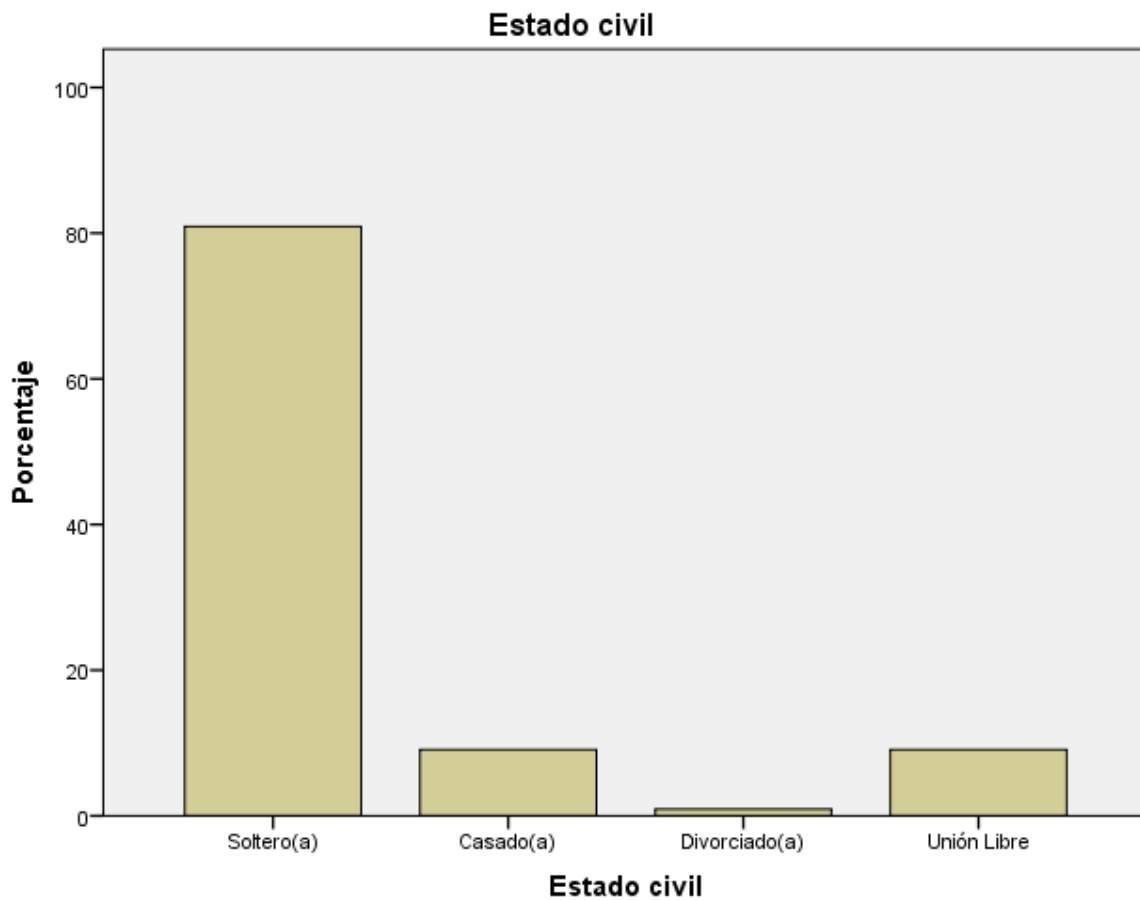


		Género			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	43	39.1	39.1	39.1
	Mujer	67	60.9	60.9	100.0
	Total	110	100.0	100.0	



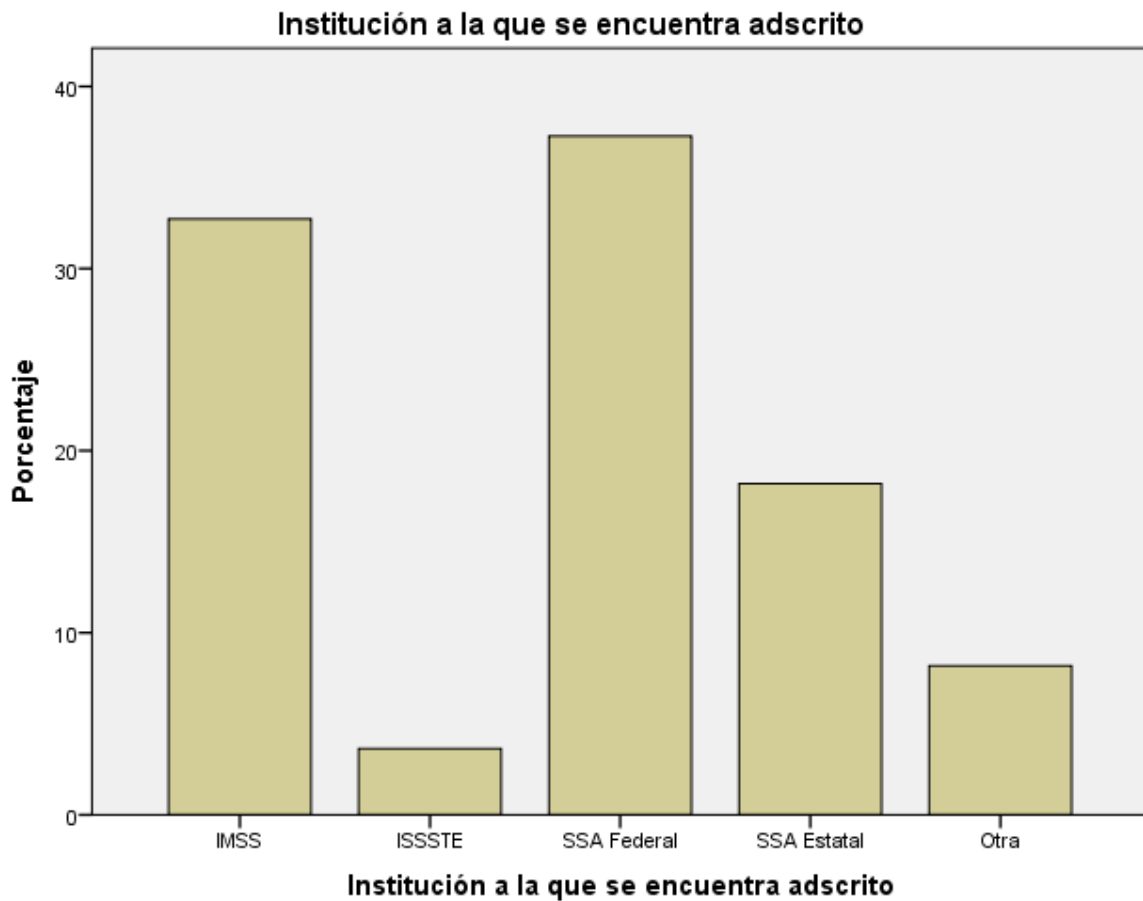
		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero(a)	89	80.9	80.9	80.9
	Casado(a)	10	9.1	9.1	90.0
	Divorciado(a)	1	.9	.9	90.9
	Unión Libre	10	9.1	9.1	100.0

Total	110	100.0	100.0
-------	-----	-------	-------



Institución a la que se encuentra adscrito

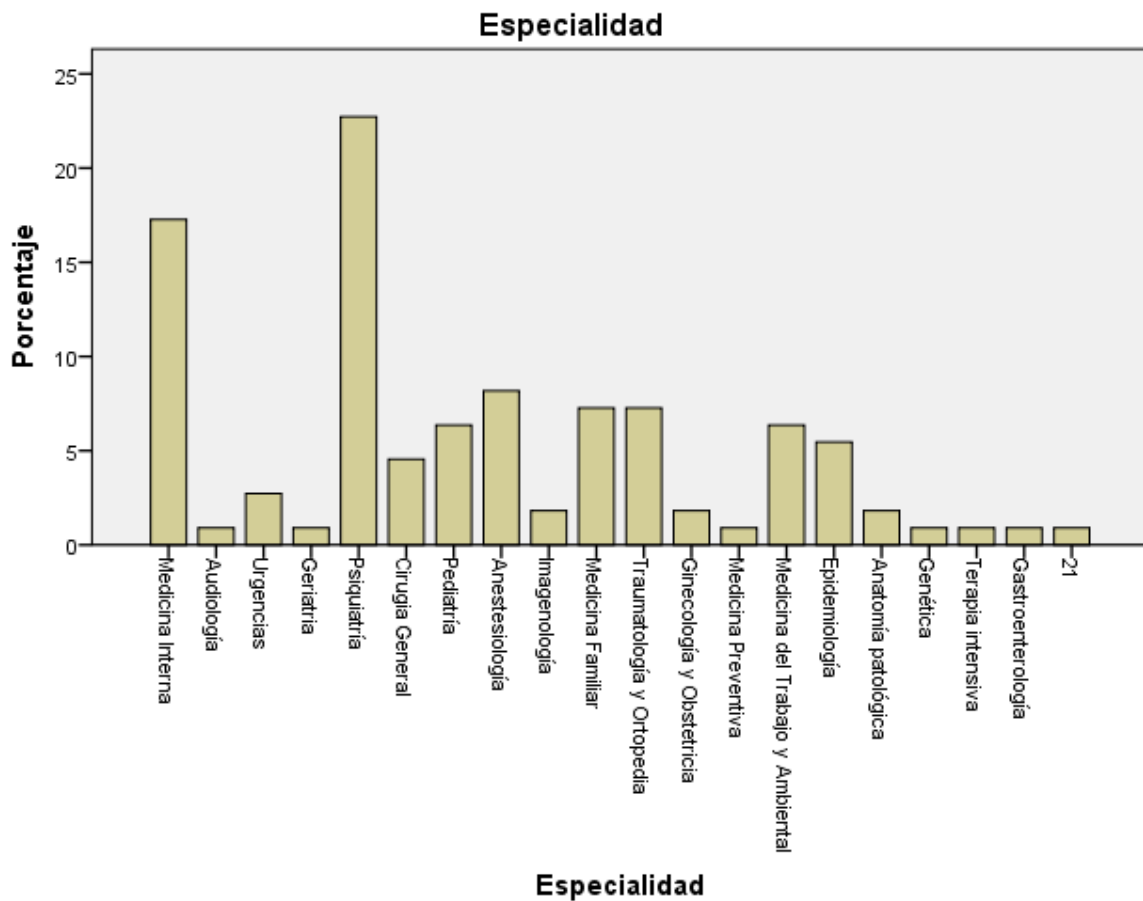
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	IMSS	36	32.7	32.7	32.7
	ISSSTE	4	3.6	3.6	36.4
	SSA Federal	41	37.3	37.3	73.6
	SSA Estatal	20	18.2	18.2	91.8
	Otra	9	8.2	8.2	100.0
	Total	110	100.0	100.0	



Especialidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medicina Interna	19	17.3	17.3	17.3
	Audiología	1	.9	.9	18.2
	Urgencias	3	2.7	2.7	20.9
	Geriatría	1	.9	.9	21.8
	Psiquiatría	25	22.7	22.7	44.5
	Cirugía General	5	4.5	4.5	49.1
	Pediatría	7	6.4	6.4	55.5
	Anestesiología	9	8.2	8.2	63.6
	Imagenología	2	1.8	1.8	65.5
	Medicina Familiar	8	7.3	7.3	72.7
	Traumatología y Ortopedia	8	7.3	7.3	80.0

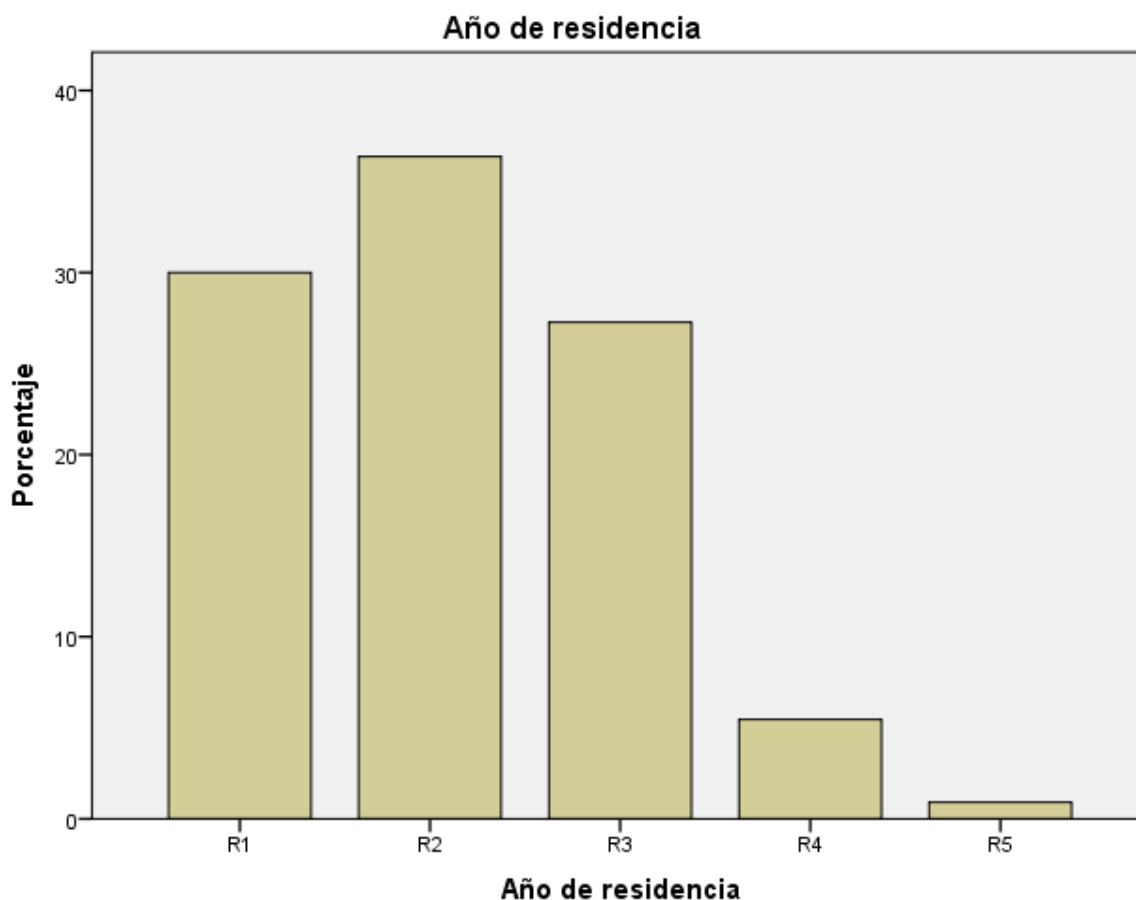
Ginecología y Obstetricia	2	1.8	1.8	81.8
Medicina Preventiva	1	.9	.9	82.7
Medicina del Trabajo y Ambiental	7	6.4	6.4	89.1
Epidemiología	6	5.5	5.5	94.5
Anatomía patológica	2	1.8	1.8	96.4
Genética	1	.9	.9	97.3
Terapia intensiva	1	.9	.9	98.2
Gastroenterología	1	.9	.9	99.1
21	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	



Año de residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido R1	33	30.0	30.0	30.0

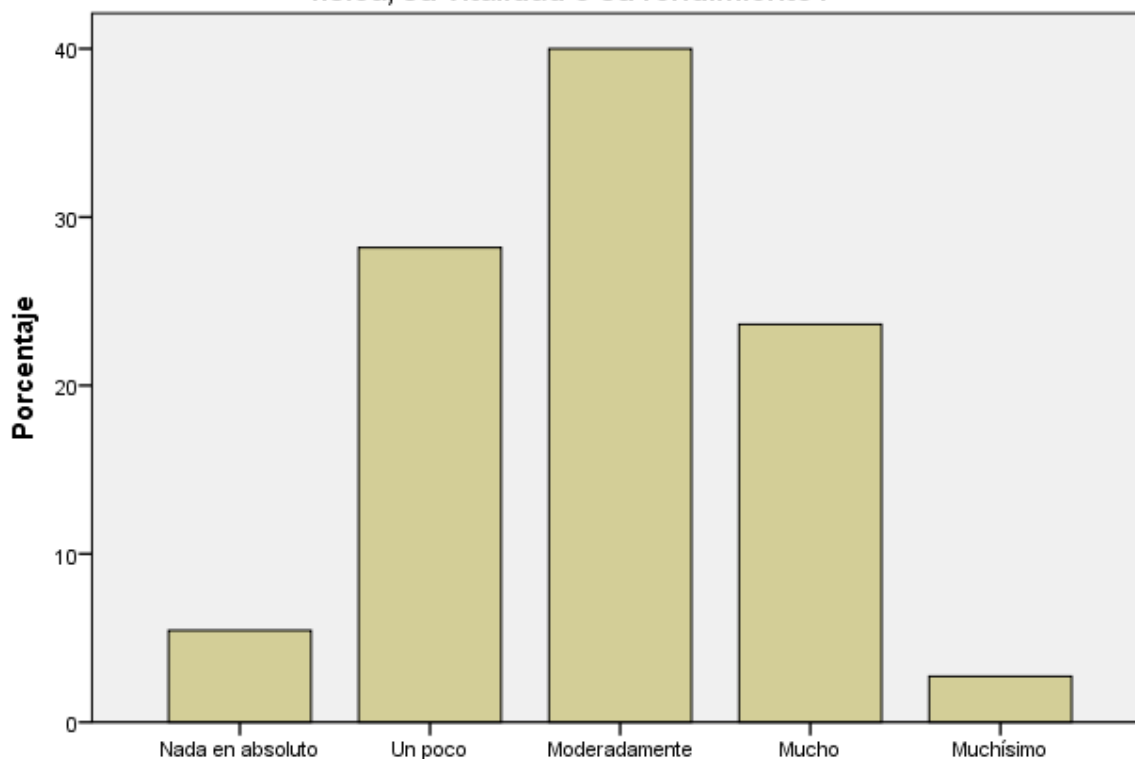
R2	40	36.4	36.4	66.4
R3	30	27.3	27.3	93.6
R4	6	5.5	5.5	99.1
R5	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	



¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	6	5.5	5.5	5.5
	Un poco	31	28.2	28.2	33.6
	Moderadamente	44	40.0	40.0	73.6
	Mucho	26	23.6	23.6	97.3
	Muchísimo	3	2.7	2.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

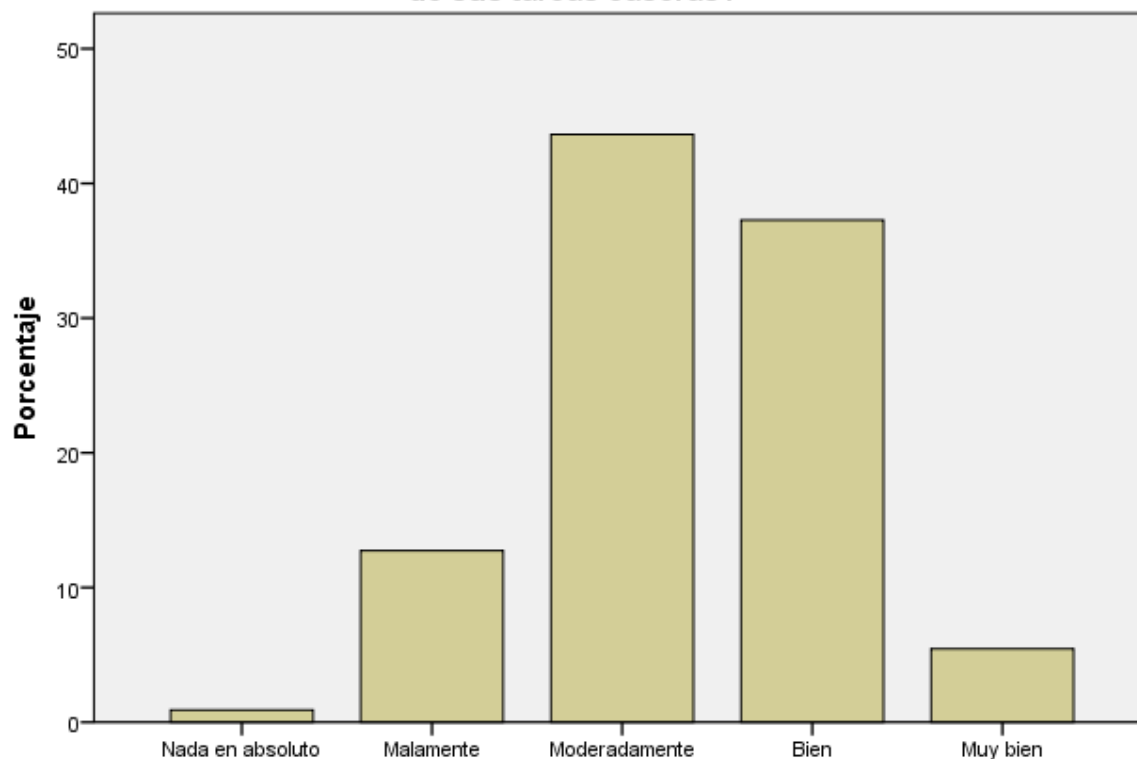


¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	1	.9	.9	.9
	Malamente	14	12.7	12.7	13.6
	Moderadamente	48	43.6	43.6	57.3
	Bien	41	37.3	37.3	94.5
	Muy bien	6	5.5	5.5	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

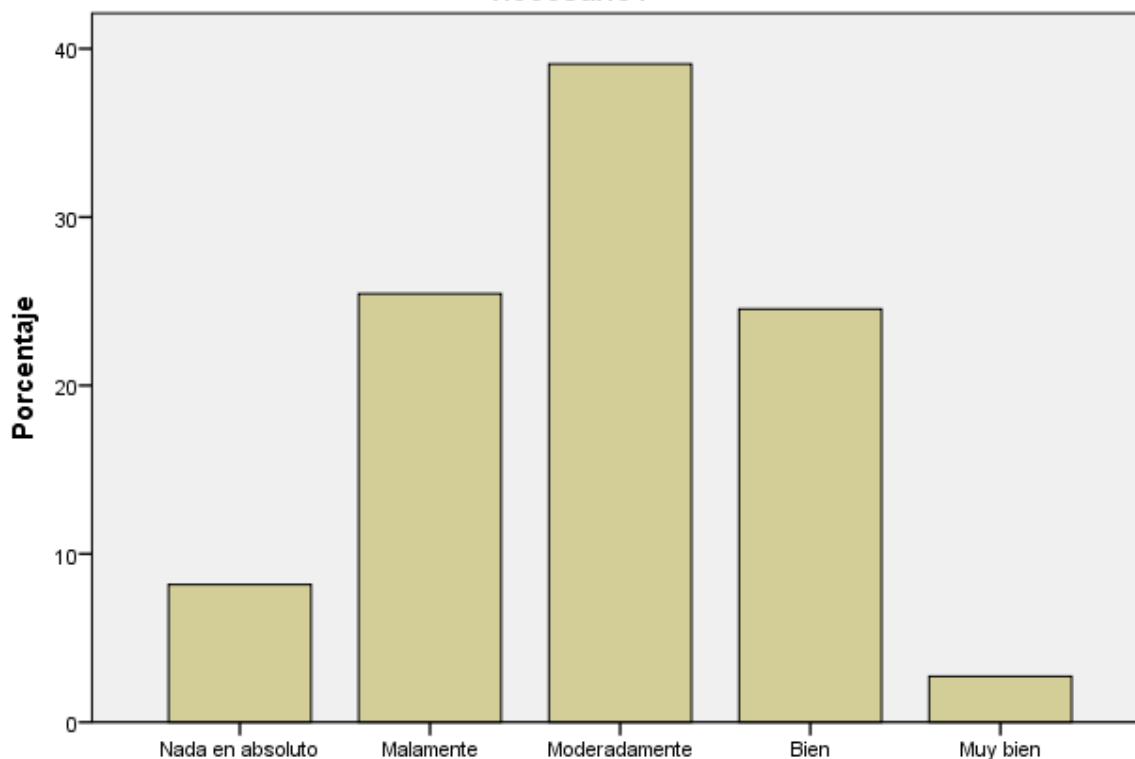


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	9	8.2	8.2	8.2
	Malamente	28	25.5	25.5	33.6
	Moderadamente	43	39.1	39.1	72.7
	Bien	27	24.5	24.5	97.3
	Muy bien	3	2.7	2.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

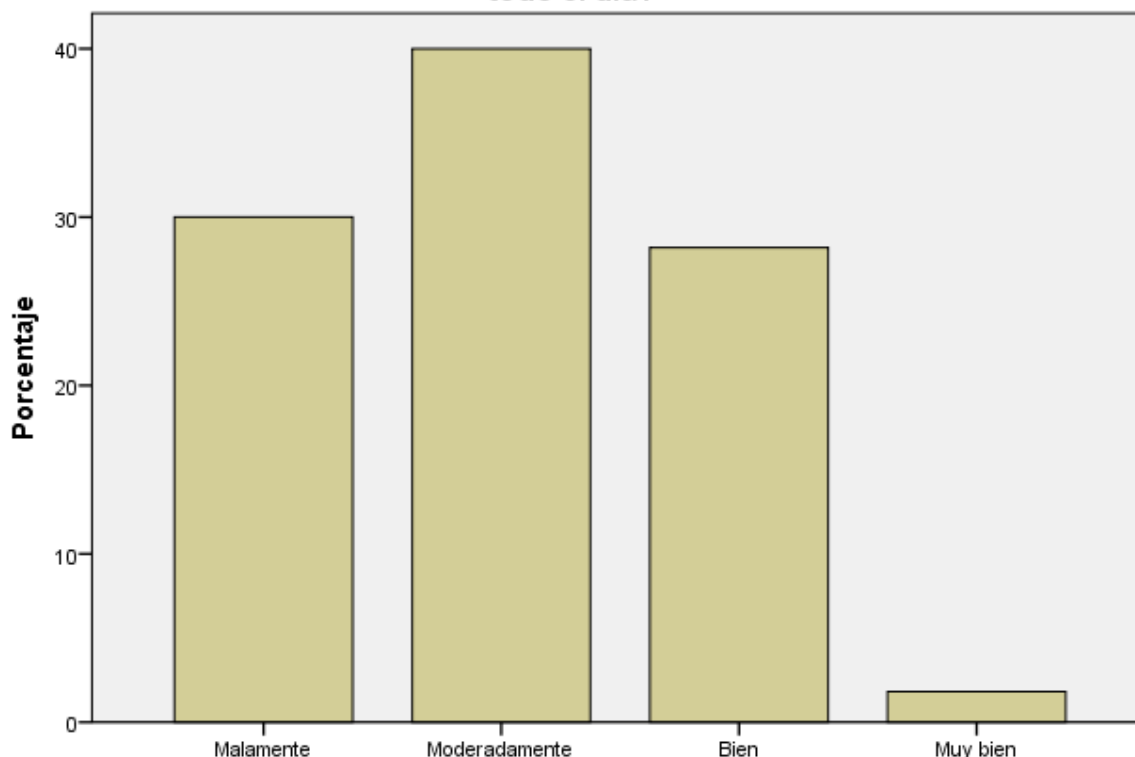


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener la concentración durante todo el día?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malamente	33	30.0	30.0	30.0
	Moderadamente	44	40.0	40.0	70.0
	Bien	31	28.2	28.2	98.2
	Muy bien	2	1.8	1.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener la concentración durante todo el día?

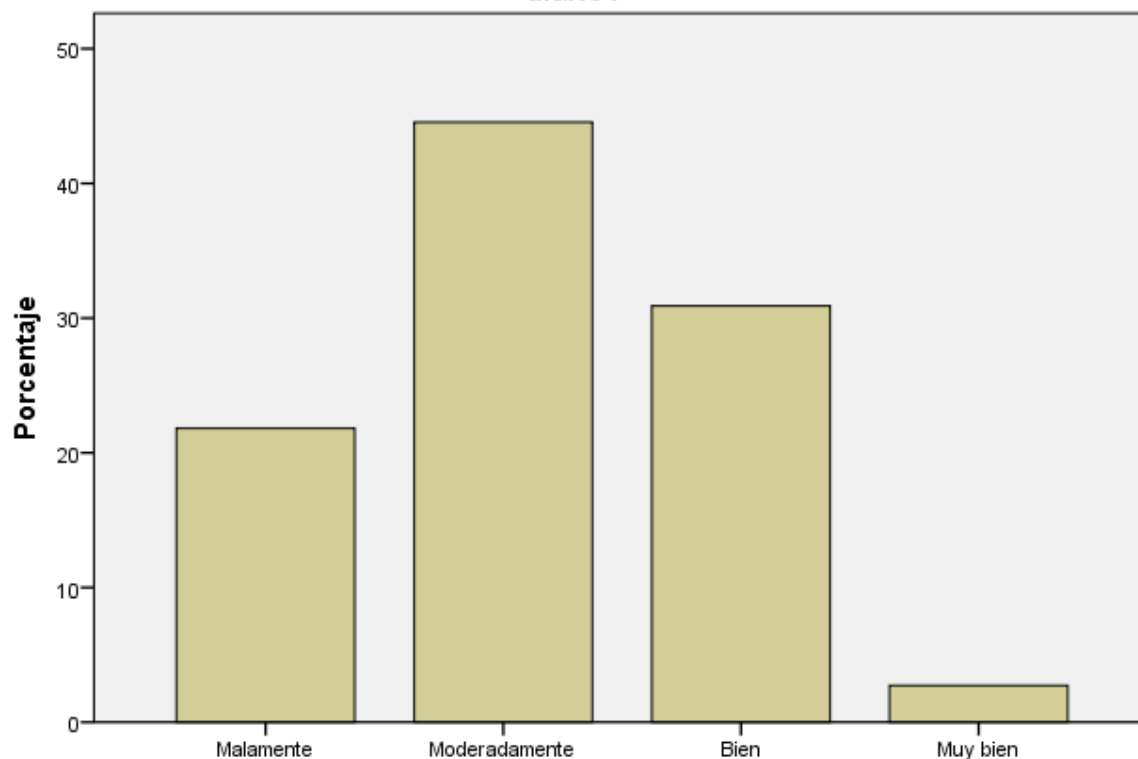


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener la concentración durante todo el día?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malamente	24	21.8	21.8	21.8
	Moderadamente	49	44.5	44.5	66.4
	Bien	34	30.9	30.9	97.3
	Muy bien	3	2.7	2.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

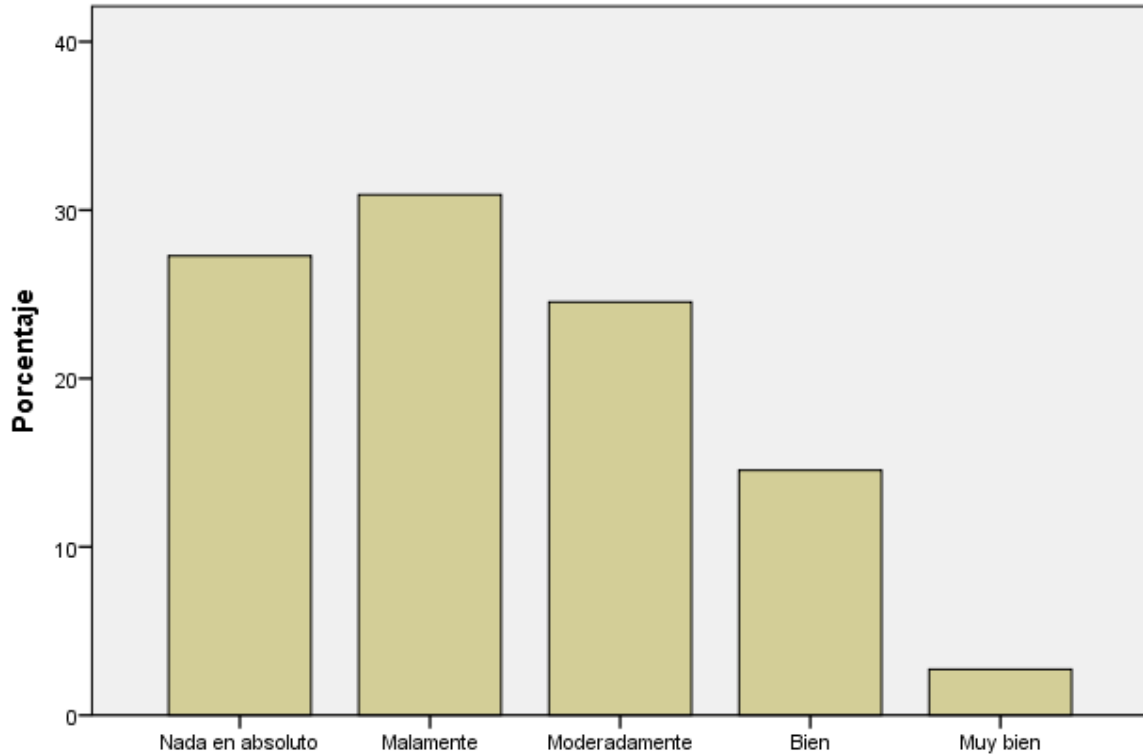


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dedicarse a sus aficiones o pasatiempos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	30	27.3	27.3	27.3
	Malamente	34	30.9	30.9	58.2
	Moderadamente	27	24.5	24.5	82.7
	Bien	16	14.5	14.5	97.3
	Muy bien	3	2.7	2.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dedicarse a sus aficiones o pasatiempos?

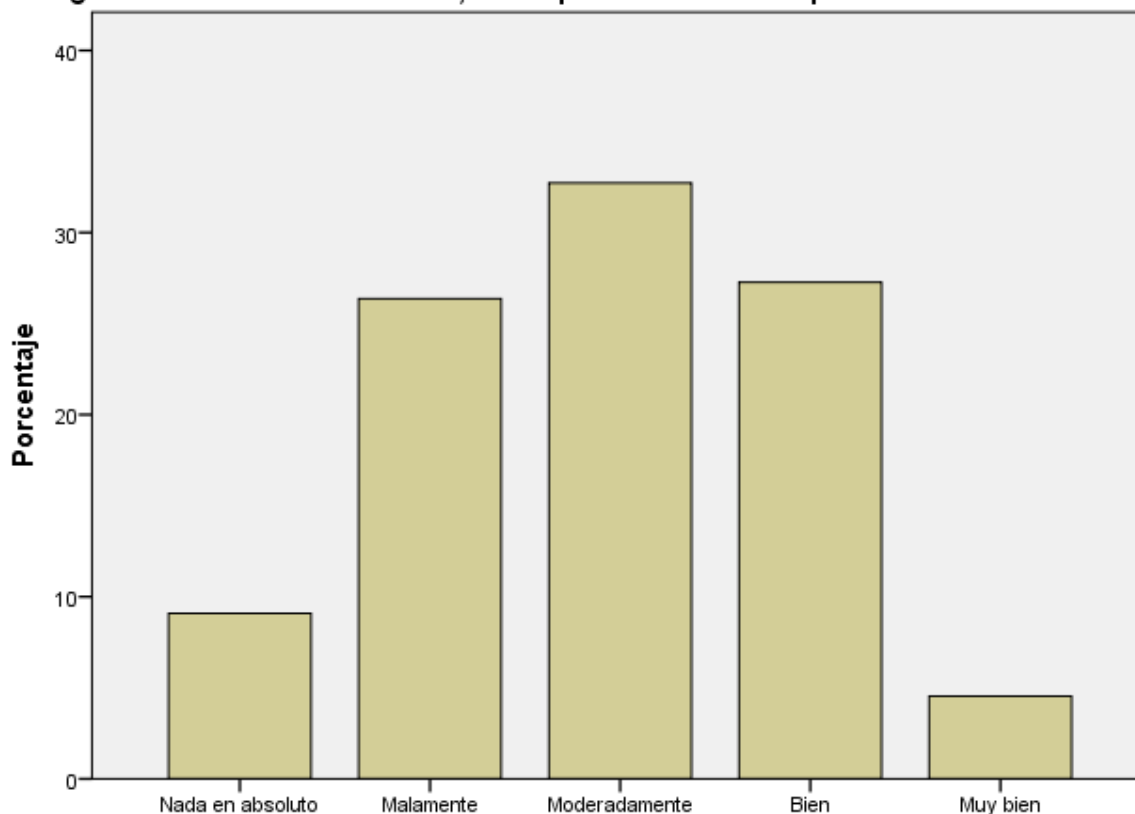


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dedicarse a sus aficiones o pasatiempos?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible animarse para hacer cosas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	10	9.1	9.1	9.1
	Malamente	29	26.4	26.4	35.5
	Moderadamente	36	32.7	32.7	68.2
	Bien	30	27.3	27.3	95.5
	Muy bien	5	4.5	4.5	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible animarse para hacer cosas?

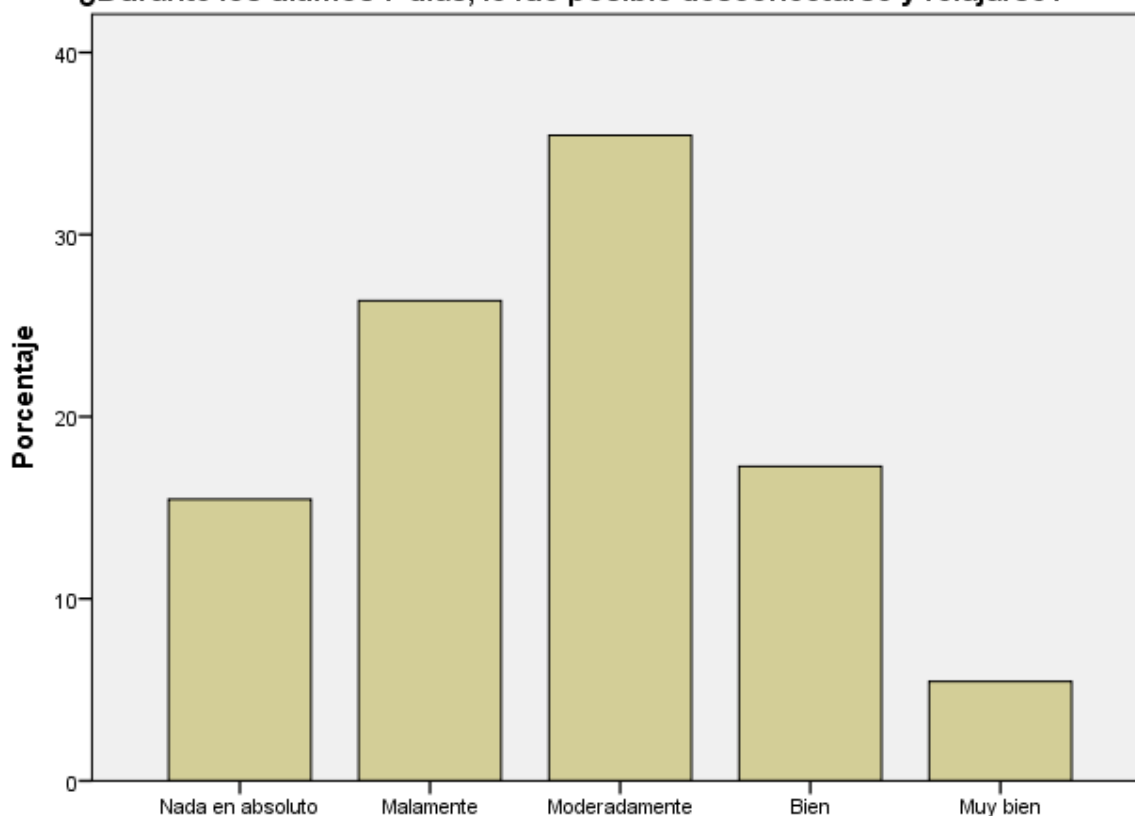


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible animarse para hacer cosas?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible desconectarse y relajarse?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	17	15.5	15.5	15.5
Malamente	29	26.4	26.4	41.8
Moderadamente	39	35.5	35.5	77.3
Bien	19	17.3	17.3	94.5
Muy bien	6	5.5	5.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible desconectarse y relajarse?

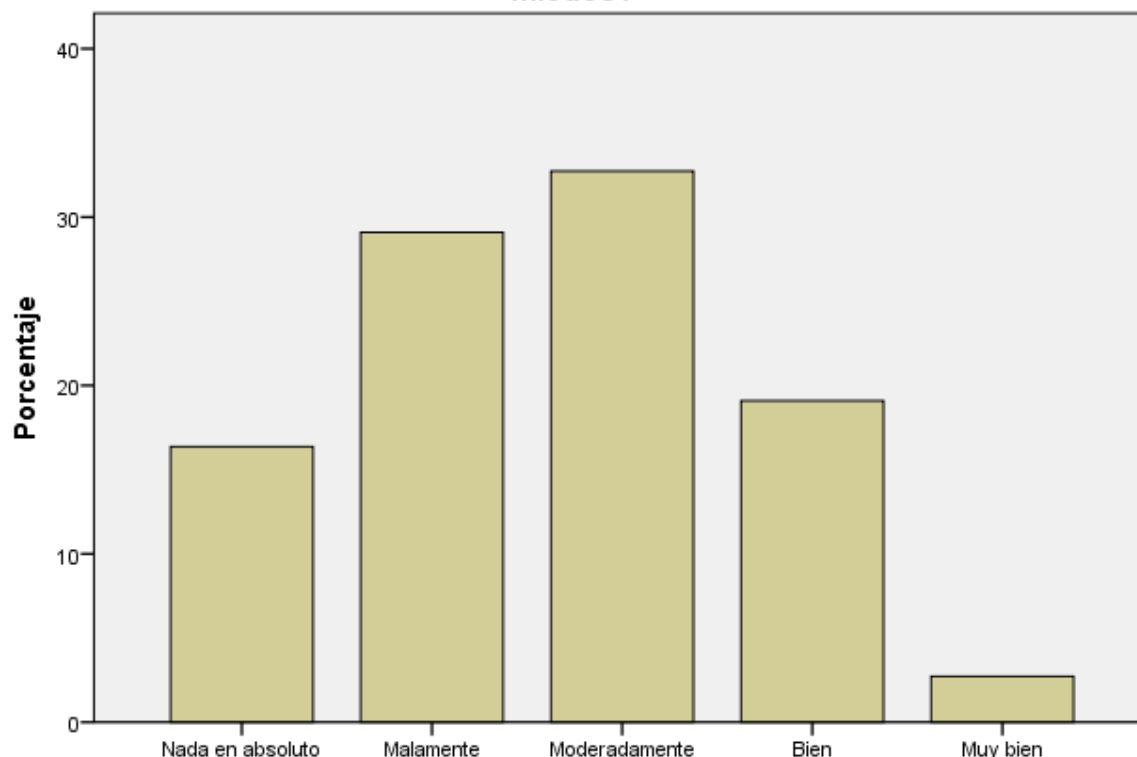


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible desconectarse y relajarse?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	18	16.4	16.4	16.4
Malamente	32	29.1	29.1	45.5
Moderadamente	36	32.7	32.7	78.2
Bien	21	19.1	19.1	97.3
Muy bien	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

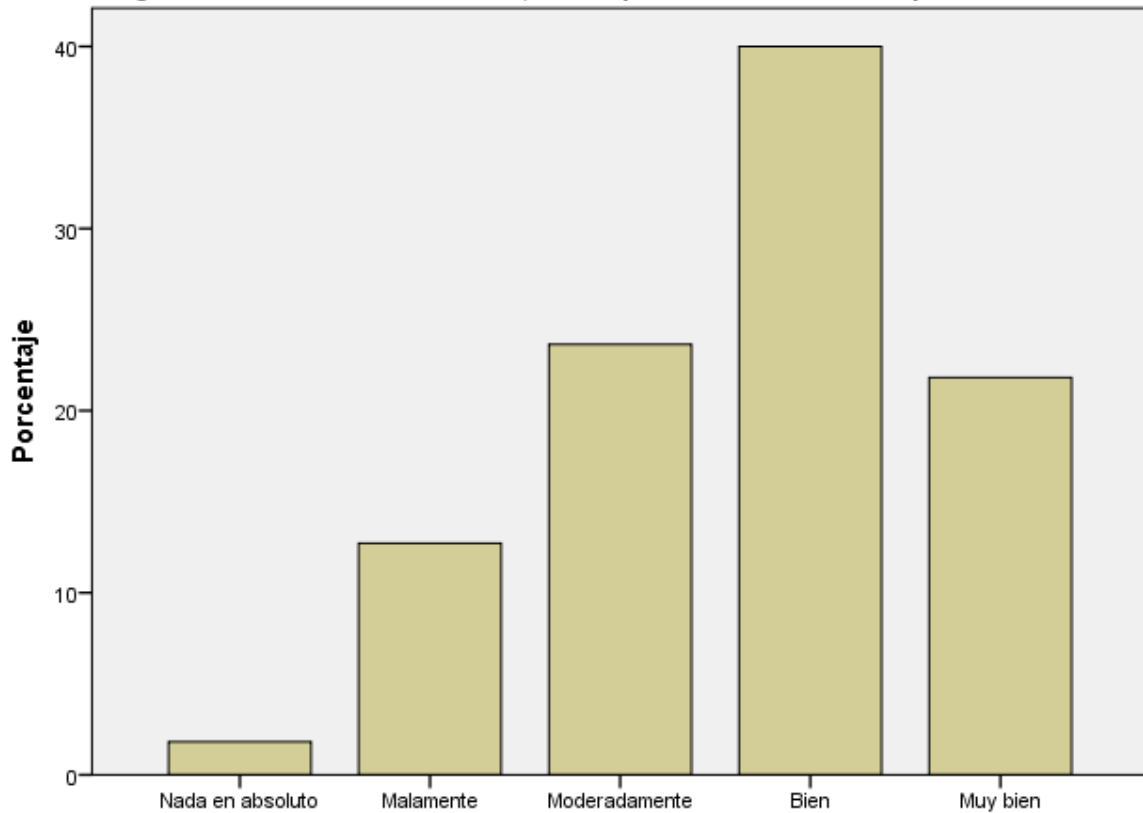


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible comer con apetito?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	2	1.8	1.8	1.8
Malamente	14	12.7	12.7	14.5
Moderadamente	26	23.6	23.6	38.2
Bien	44	40.0	40.0	78.2
Muy bien	24	21.8	21.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible comer con apetito?

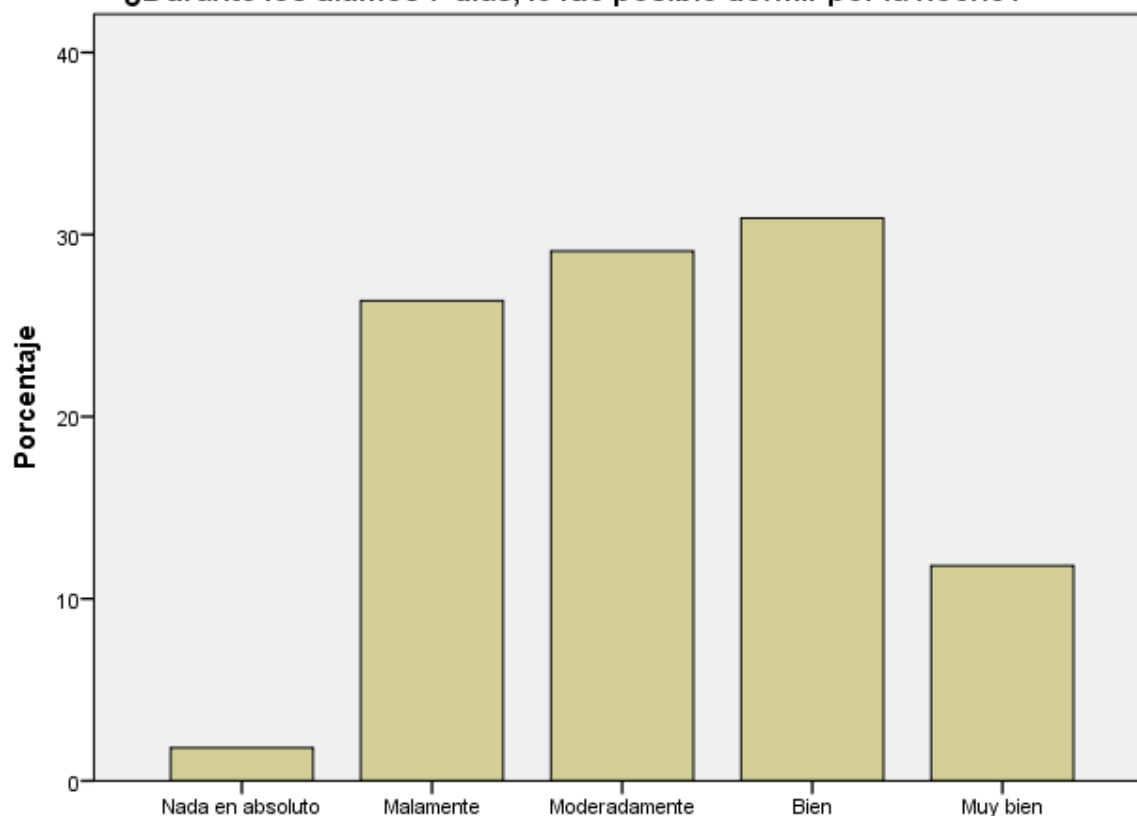


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible comer con apetito?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dormir por la noche?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	2	1.8	1.8	1.8
Malamente	29	26.4	26.4	28.2
Moderadamente	32	29.1	29.1	57.3
Bien	34	30.9	30.9	88.2
Muy bien	13	11.8	11.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dormir por la noche?

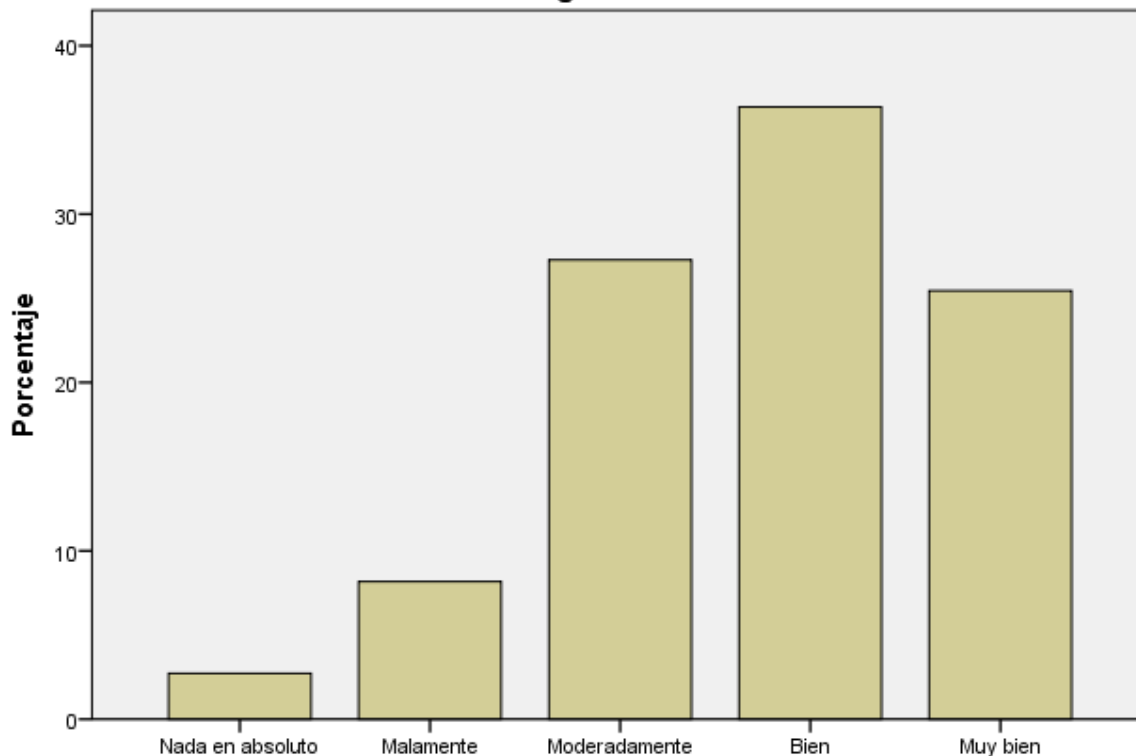


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dormir por la noche?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible disfrutar con algo o alegrarse por algo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	3	2.7	2.7	2.7
Malamente	9	8.2	8.2	10.9
Moderadamente	30	27.3	27.3	38.2
Bien	40	36.4	36.4	74.5
Muy bien	28	25.5	25.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible disfrutar con algo o alegrarse por algo?

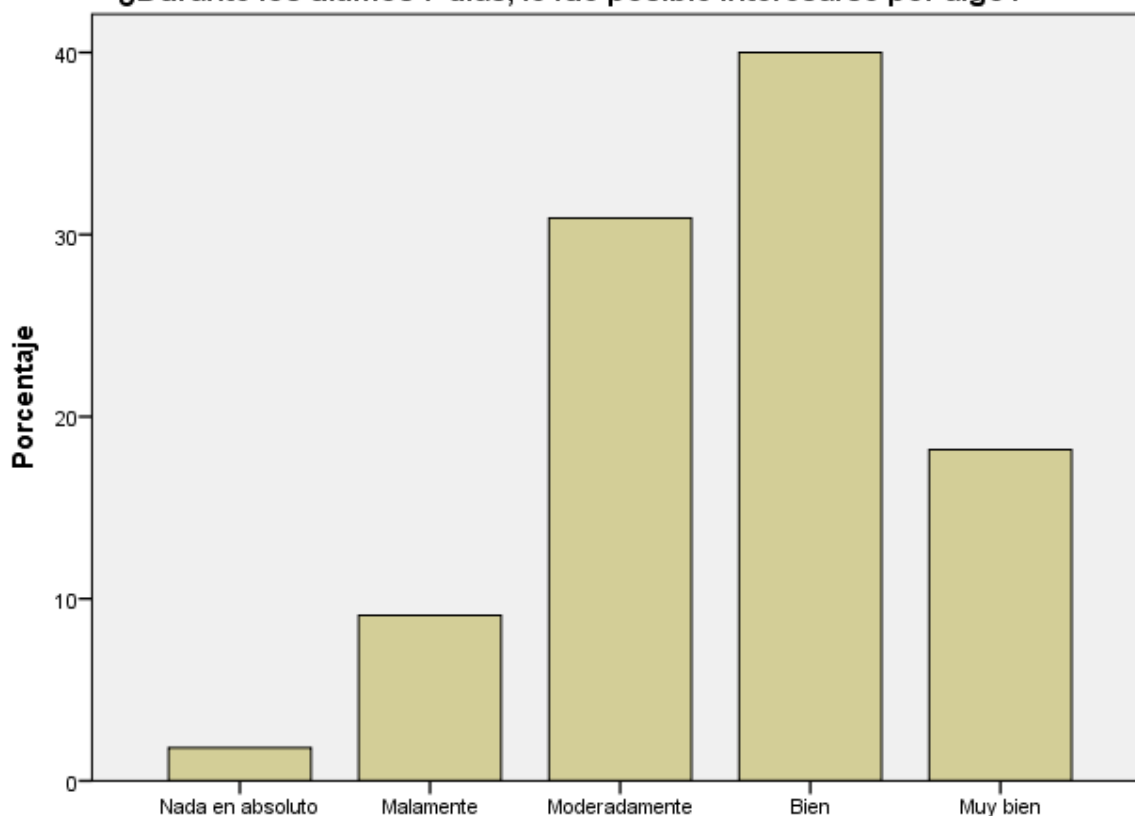


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible disfrutar con algo o alegrarse por algo?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible interesarse por algo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	2	1.8	1.8	1.8
Malamente	10	9.1	9.1	10.9
Moderadamente	34	30.9	30.9	41.8
Bien	44	40.0	40.0	81.8
Muy bien	20	18.2	18.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible interesarse por algo?

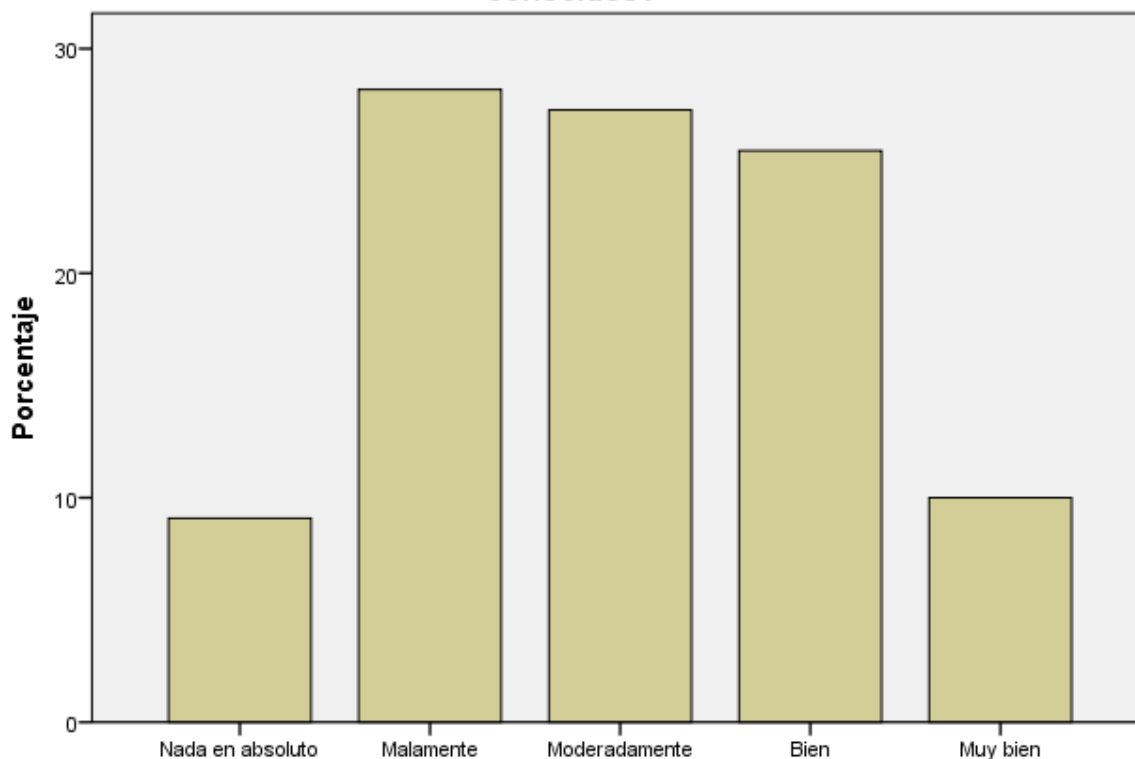


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible interesarse por algo?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener contacto con amigos o conocidos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	10	9.1	9.1	9.1
Malamente	31	28.2	28.2	37.3
Moderadamente	30	27.3	27.3	64.5
Bien	28	25.5	25.5	90.0
Muy bien	11	10.0	10.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener contacto con amigos o conocidos?

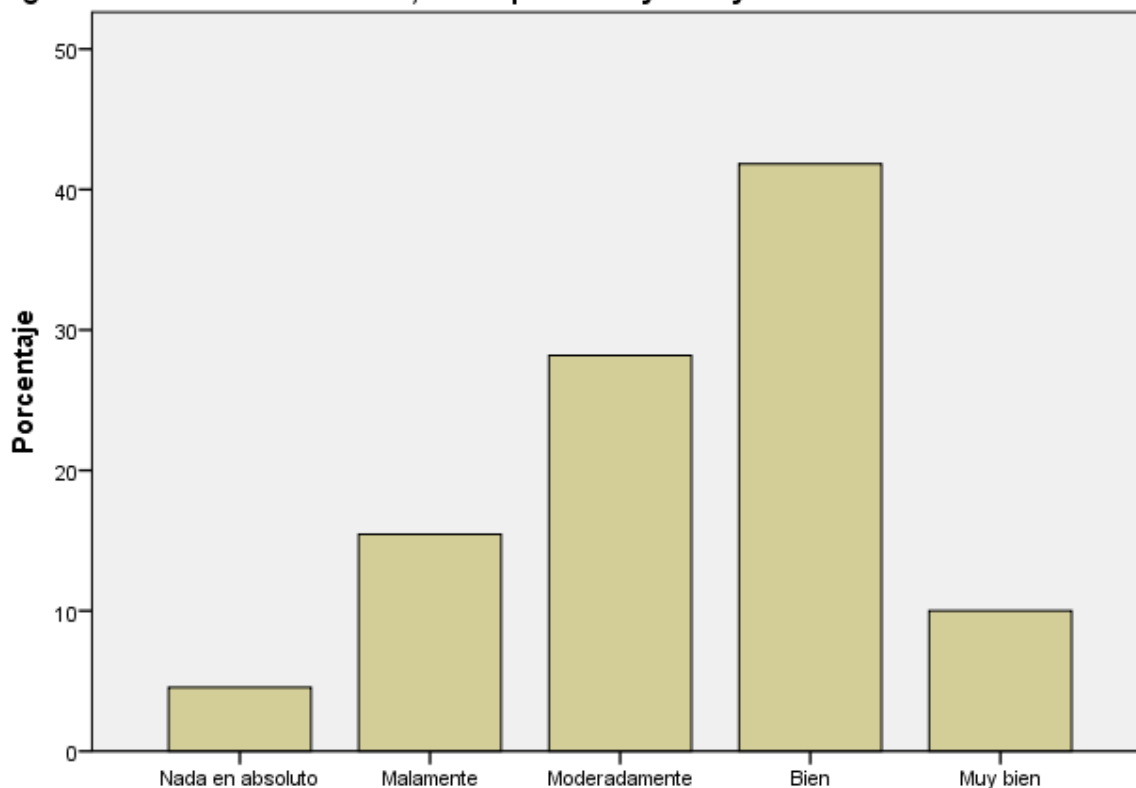


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener contacto con amigos o conocidos?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	5	4.5	4.5	4.5
Malamente	17	15.5	15.5	20.0
Moderadamente	31	28.2	28.2	48.2
Bien	46	41.8	41.8	90.0
Muy bien	11	10.0	10.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás?

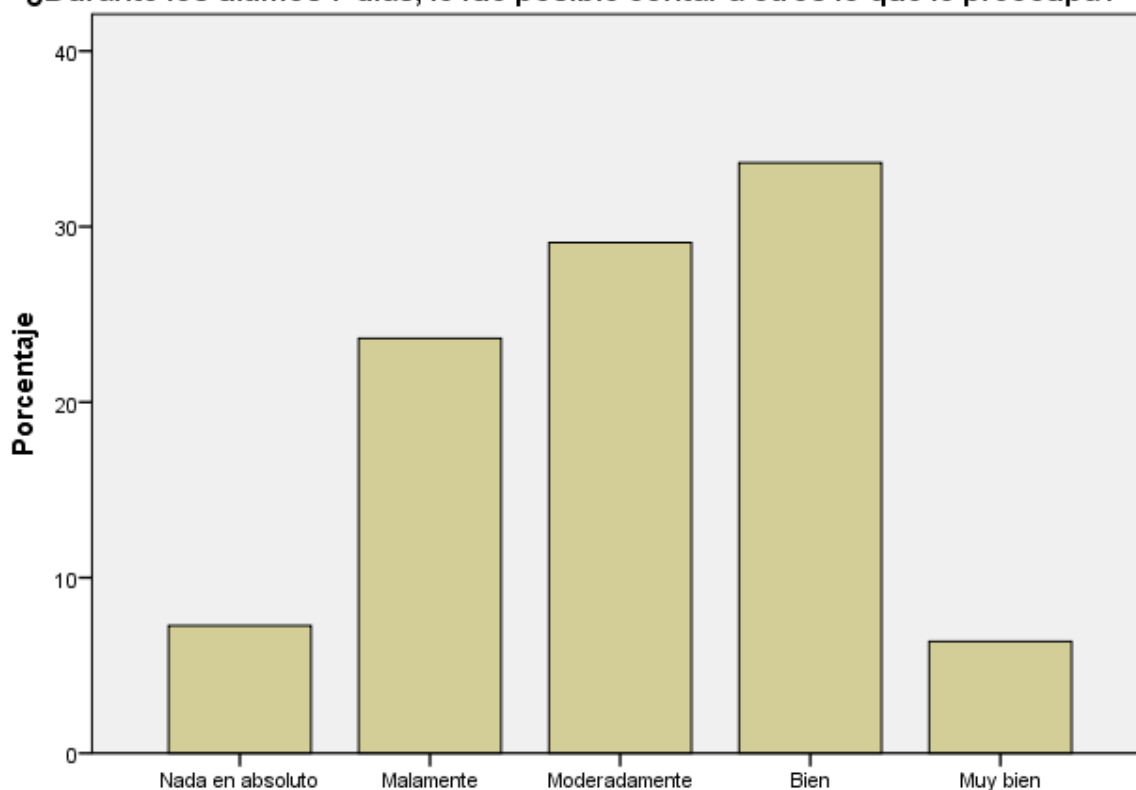


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible contar a otros lo que le preocupa?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	8	7.3	7.3	7.3
Malamente	26	23.6	23.6	30.9
Moderadamente	32	29.1	29.1	60.0
Bien	37	33.6	33.6	93.6
Muy bien	7	6.4	6.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible contar a otros lo que le preocupa?

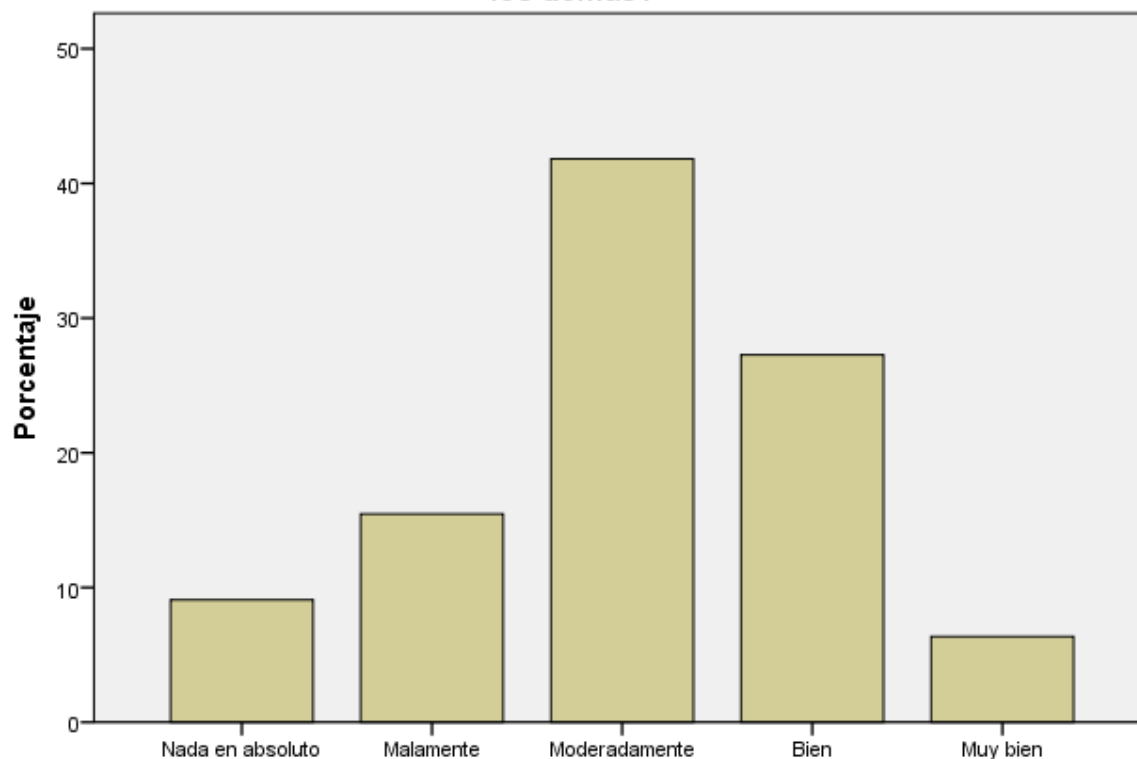


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible contar a otros lo que le preocupa?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible interesarse por las preocupaciones de los demás?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	10	9.1	9.1	9.1
Malamente	17	15.5	15.5	24.5
Moderadamente	46	41.8	41.8	66.4
Bien	30	27.3	27.3	93.6
Muy bien	7	6.4	6.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible interesarse por las preocupaciones de los demás?

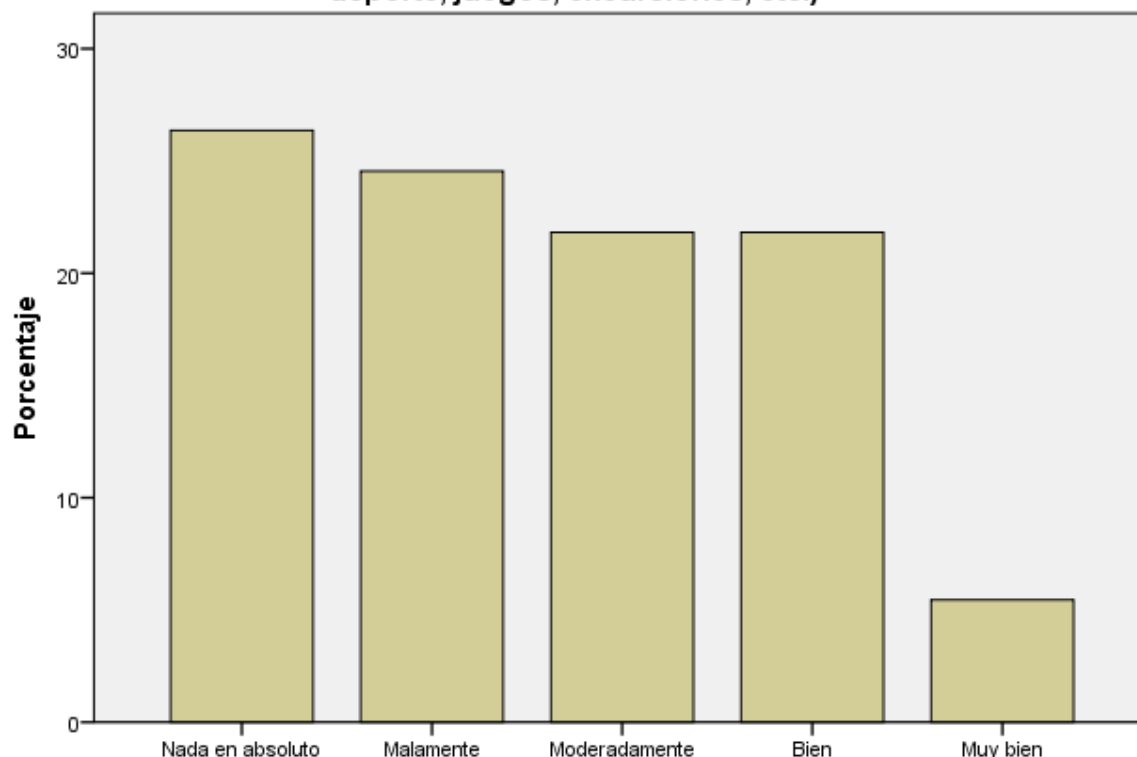


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible interesarse por las preocupaciones de los demás?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible hacer algo con otras personas? (p.ej. deporte, juegos, excursiones, etc.)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	29	26.4	26.4	26.4
Malamente	27	24.5	24.5	50.9
Moderadamente	24	21.8	21.8	72.7
Bien	24	21.8	21.8	94.5
Muy bien	6	5.5	5.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible hacer algo con otras personas? (p.ej. deporte, juegos, excursiones, etc.)

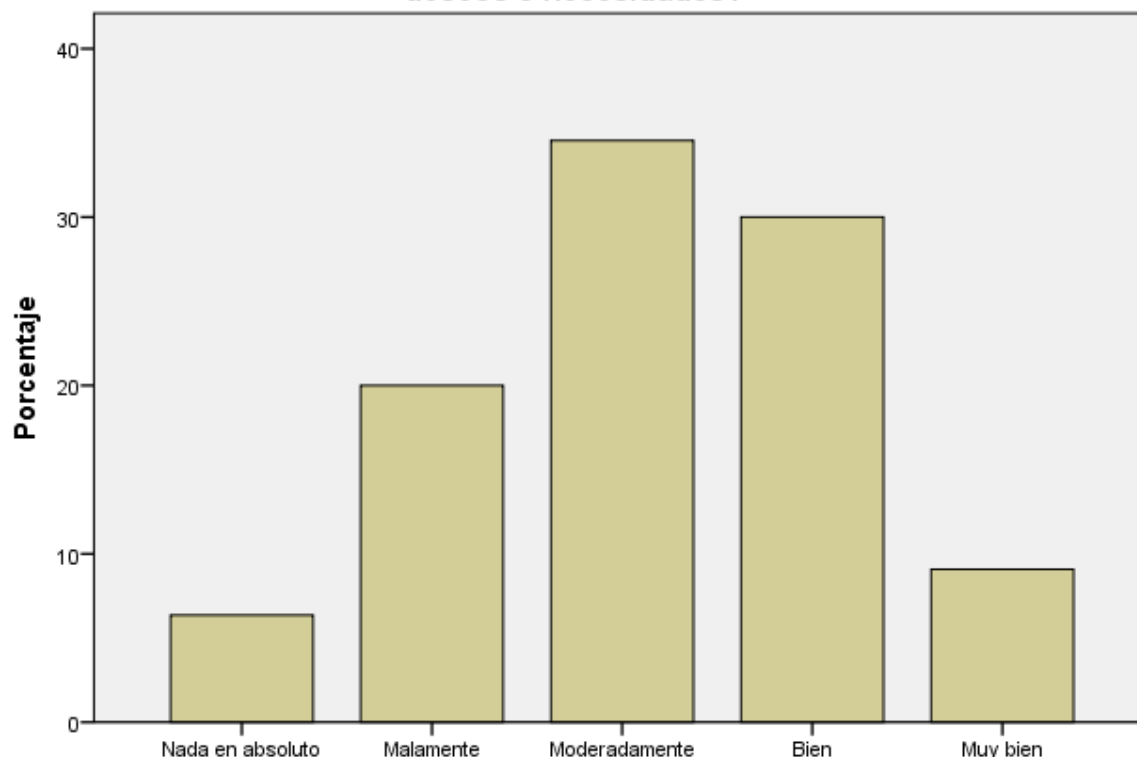


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible hacer algo con otras personas? (p.ej. deporte, juegos, excursiones, etc.)

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	7	6.4	6.4	6.4
Malamente	22	20.0	20.0	26.4
Moderadamente	38	34.5	34.5	60.9
Bien	33	30.0	30.0	90.9
Muy bien	10	9.1	9.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

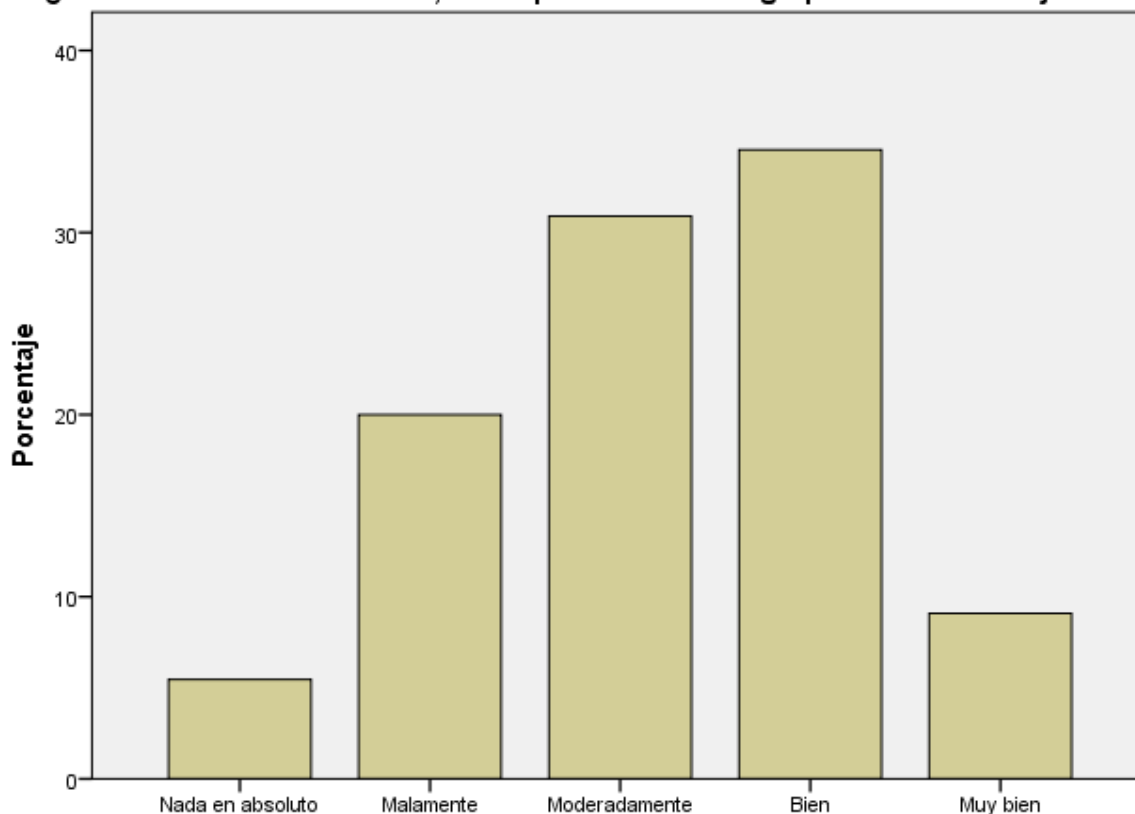


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible hacer algo para sentirse mejor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	6	5.5	5.5	5.5
Malamente	22	20.0	20.0	25.5
Moderadamente	34	30.9	30.9	56.4
Bien	38	34.5	34.5	90.9
Muy bien	10	9.1	9.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible hacer algo para sentirse mejor?

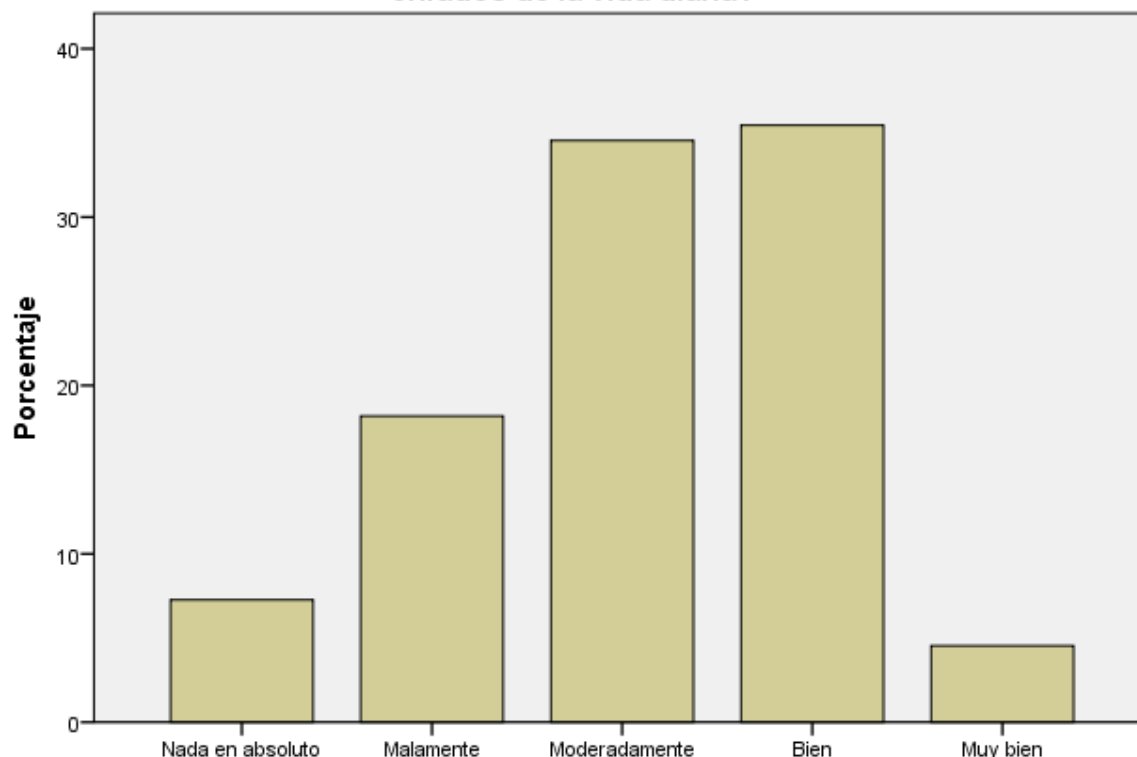


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible hacer algo para sentirse mejor?

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	8	7.3	7.3	7.3
Malamente	20	18.2	18.2	25.5
Moderadamente	38	34.5	34.5	60.0
Bien	39	35.5	35.5	95.5
Muy bien	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

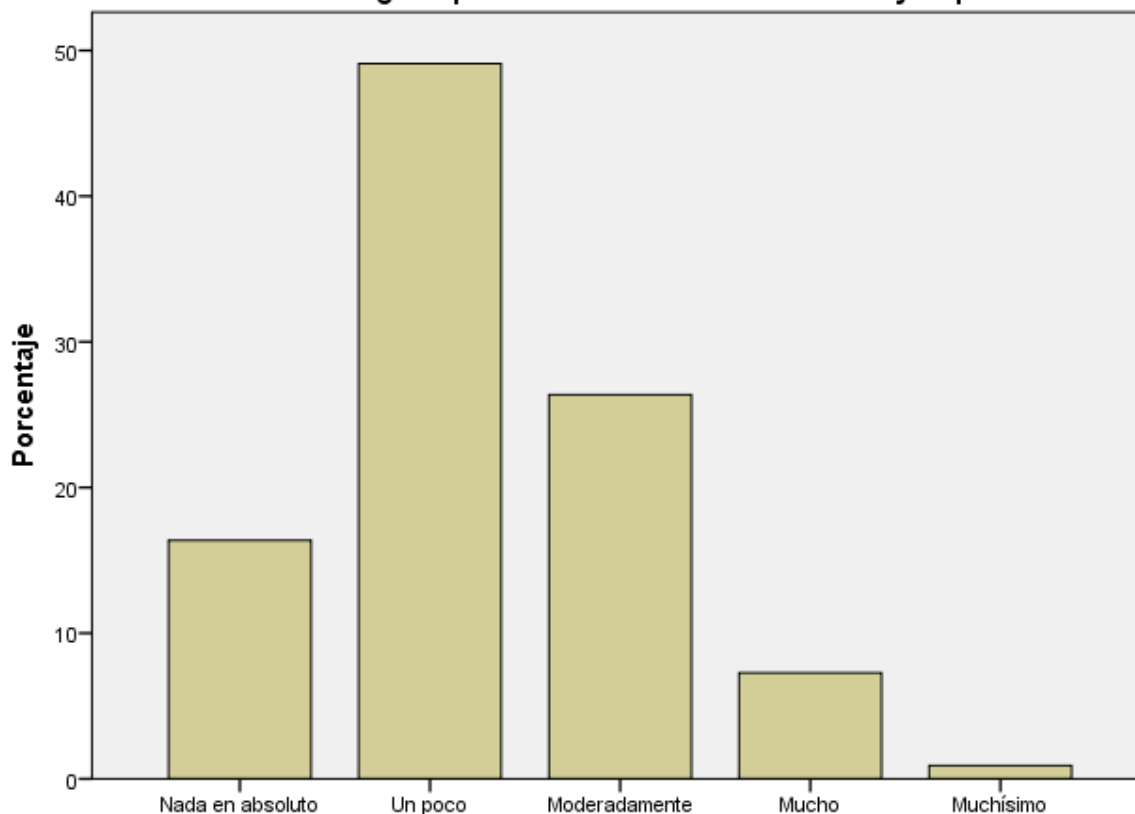


¿Durante los últimos 7 días, le fue posible soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido triste y deprimido?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	18	16.4	16.4	16.4
Un poco	54	49.1	49.1	65.5
Moderadamente	29	26.4	26.4	91.8
Mucho	8	7.3	7.3	99.1
Muchísimo	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido triste y deprimido?

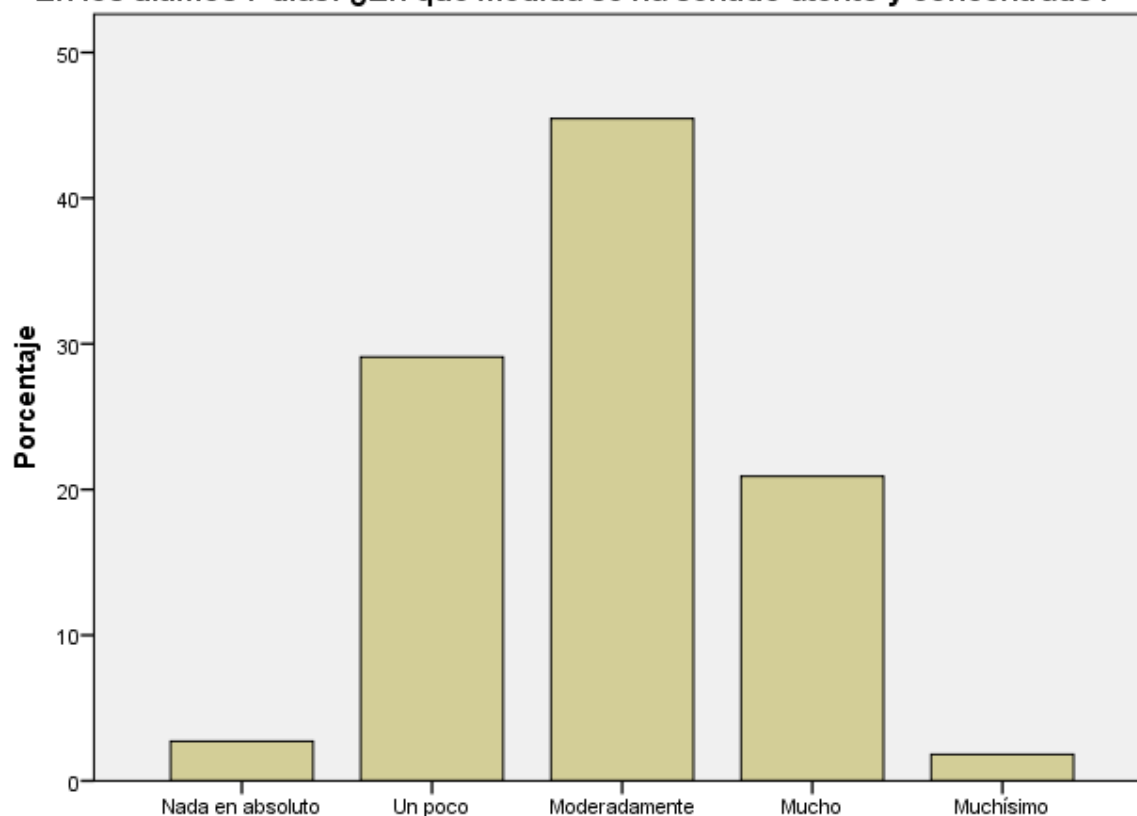


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido triste y deprimido?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido atento y concentrado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	3	2.7	2.7	2.7
Un poco	32	29.1	29.1	31.8
Moderadamente	50	45.5	45.5	77.3
Mucho	23	20.9	20.9	98.2
Muchísimo	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido atento y concentrado?

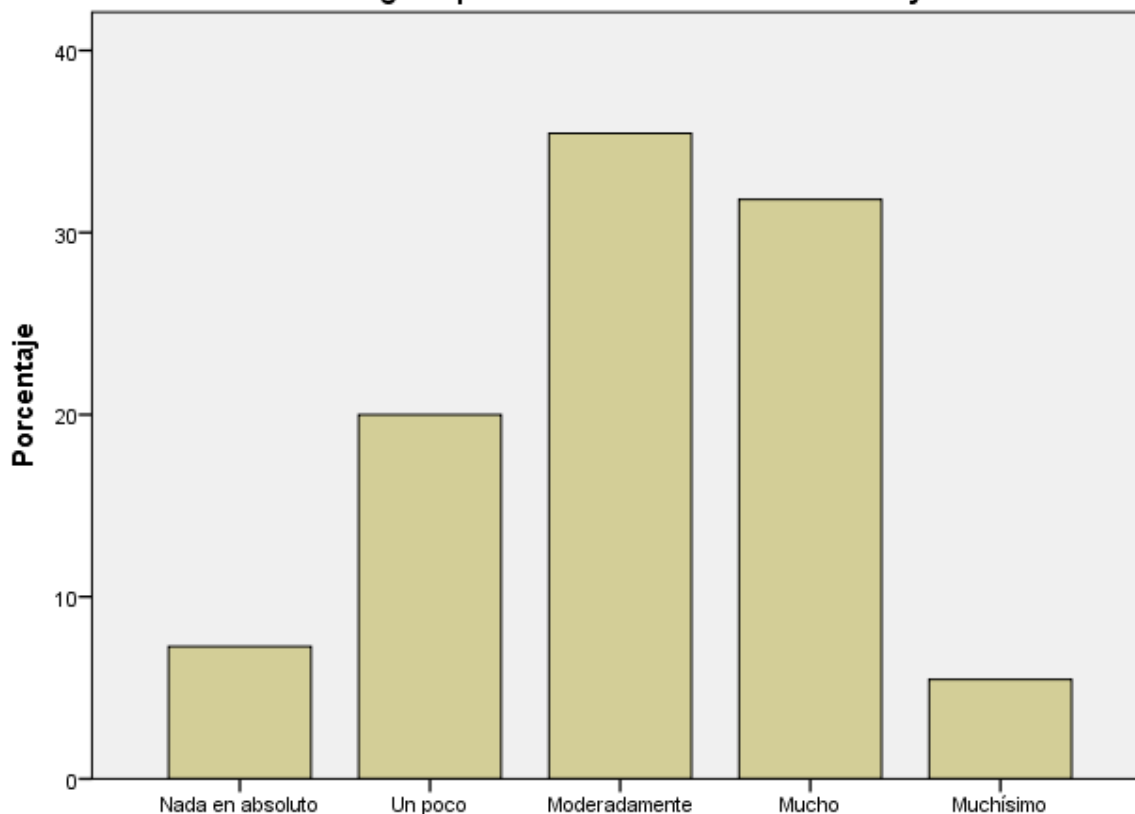


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido atento y concentrado?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tenso y nervioso?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	8	7.3	7.3	7.3
Un poco	22	20.0	20.0	27.3
Moderadamente	39	35.5	35.5	62.7
Mucho	35	31.8	31.8	94.5
Muchísimo	6	5.5	5.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tenso y nervioso?

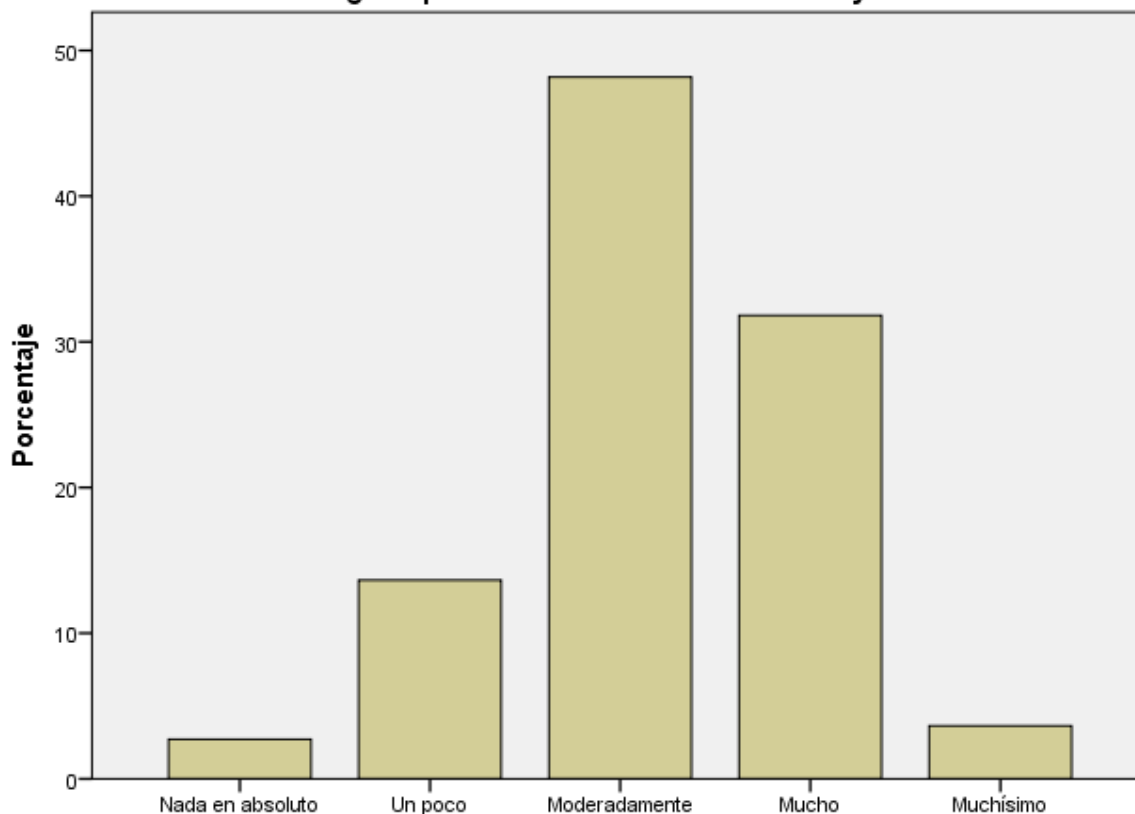


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tenso y nervioso?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	3	2.7	2.7	2.7
Un poco	15	13.6	13.6	16.4
Moderadamente	53	48.2	48.2	64.5
Mucho	35	31.8	31.8	96.4
Muchísimo	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?

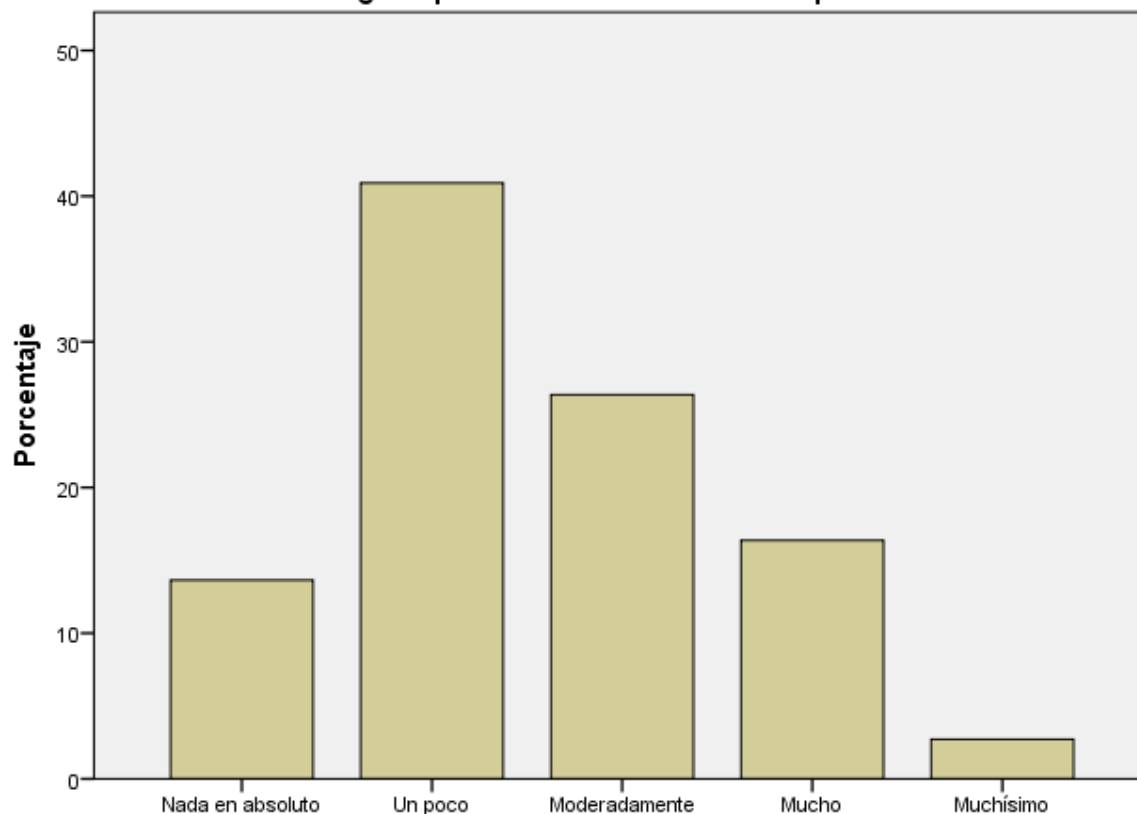


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido apático e indiferente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	15	13.6	13.6	13.6
Un poco	45	40.9	40.9	54.5
Moderadamente	29	26.4	26.4	80.9
Mucho	18	16.4	16.4	97.3
Muchísimo	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido apático e indiferente?

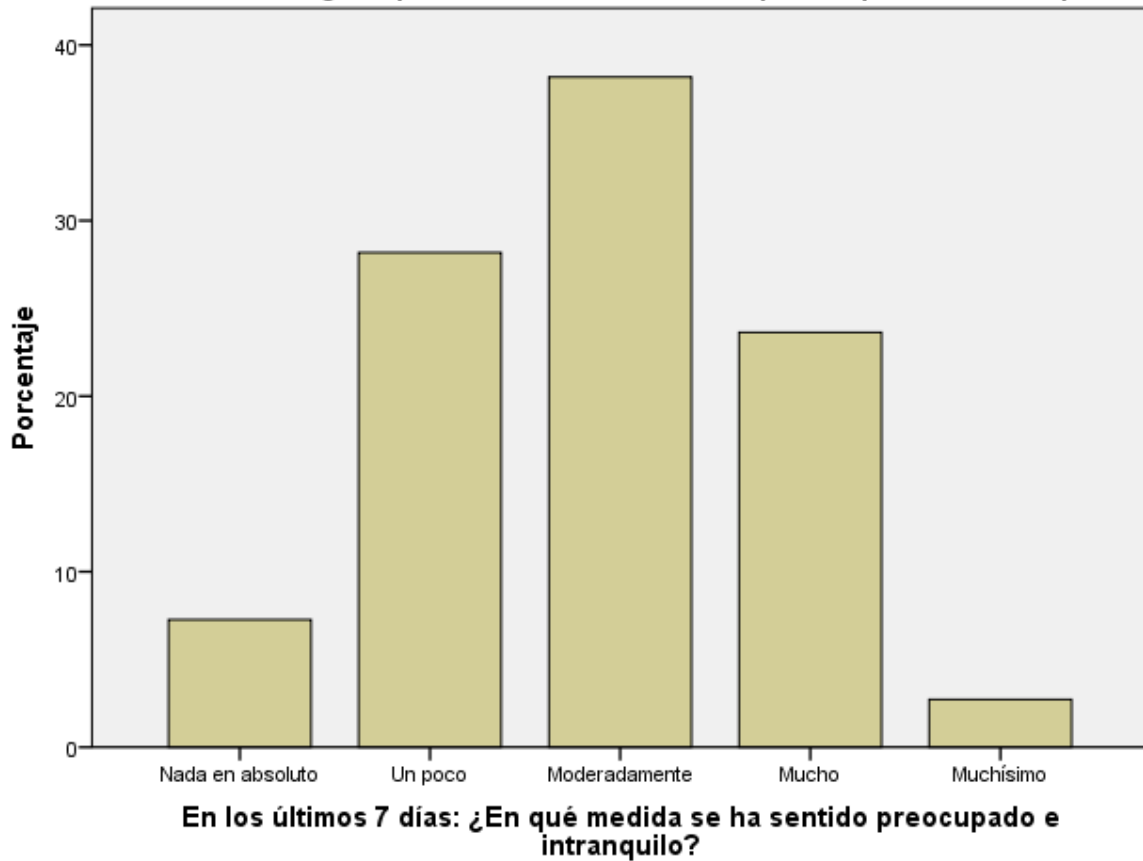


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido apático e indiferente?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido preocupado e intranquilo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	8	7.3	7.3	7.3
Un poco	31	28.2	28.2	35.5
Moderadamente	42	38.2	38.2	73.6
Mucho	26	23.6	23.6	97.3
Muchísimo	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

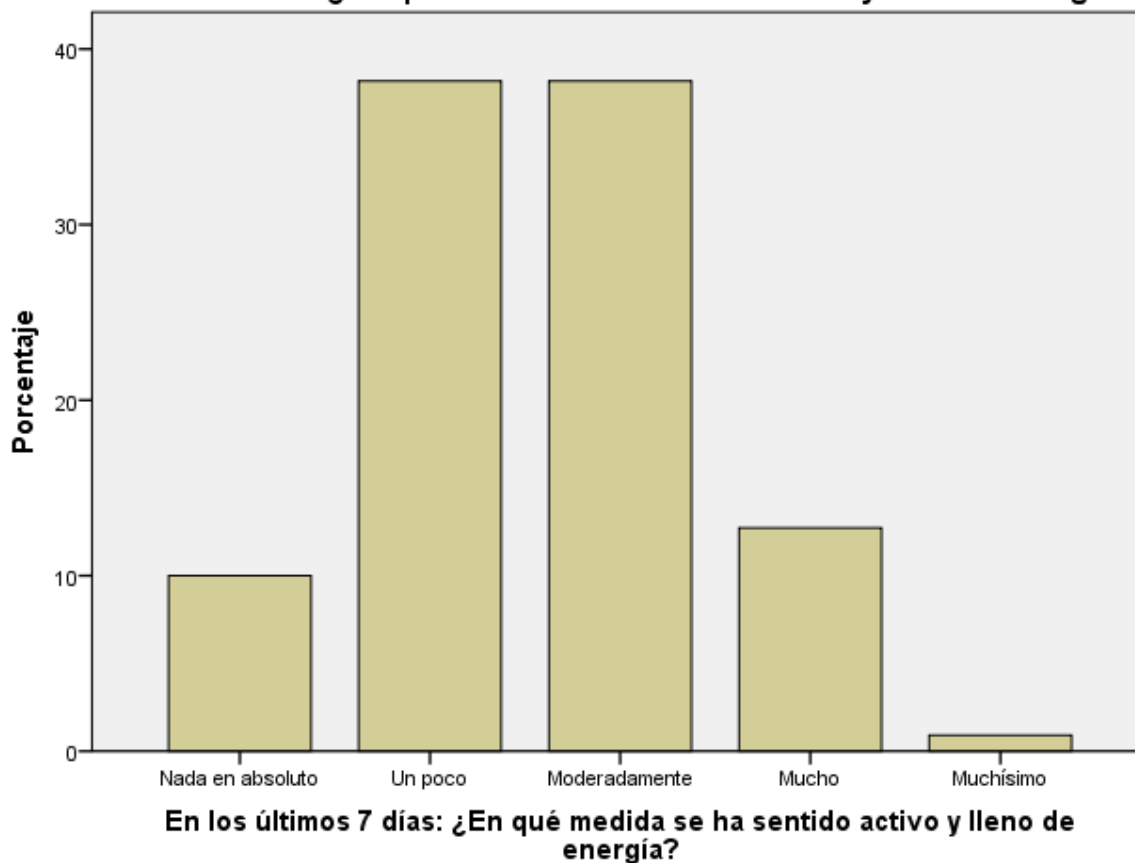
En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido preocupado e intranquilo?



En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido activo y lleno de energía?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	11	10.0	10.0	10.0
Un poco	42	38.2	38.2	48.2
Moderadamente	42	38.2	38.2	86.4
Mucho	14	12.7	12.7	99.1
Muchísimo	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

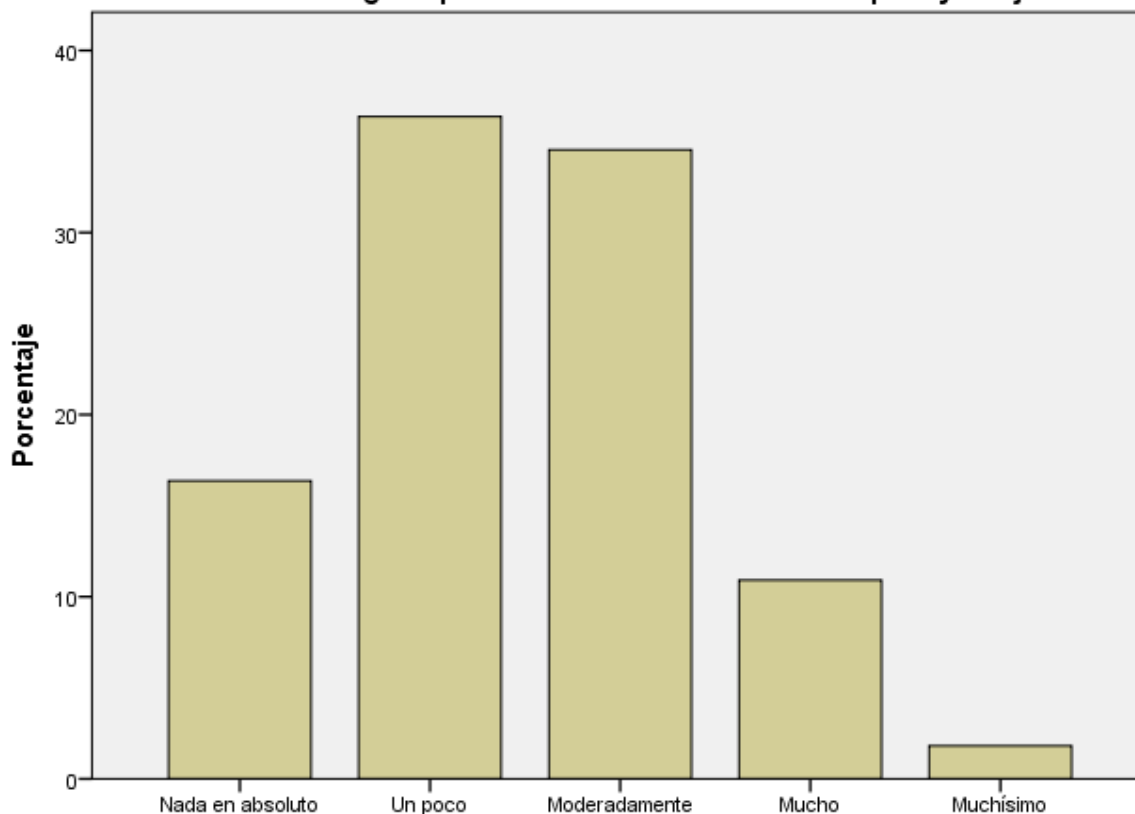
En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido activo y lleno de energía?



En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	18	16.4	16.4	16.4
Un poco	40	36.4	36.4	52.7
Moderadamente	38	34.5	34.5	87.3
Mucho	12	10.9	10.9	98.2
Muchísimo	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?

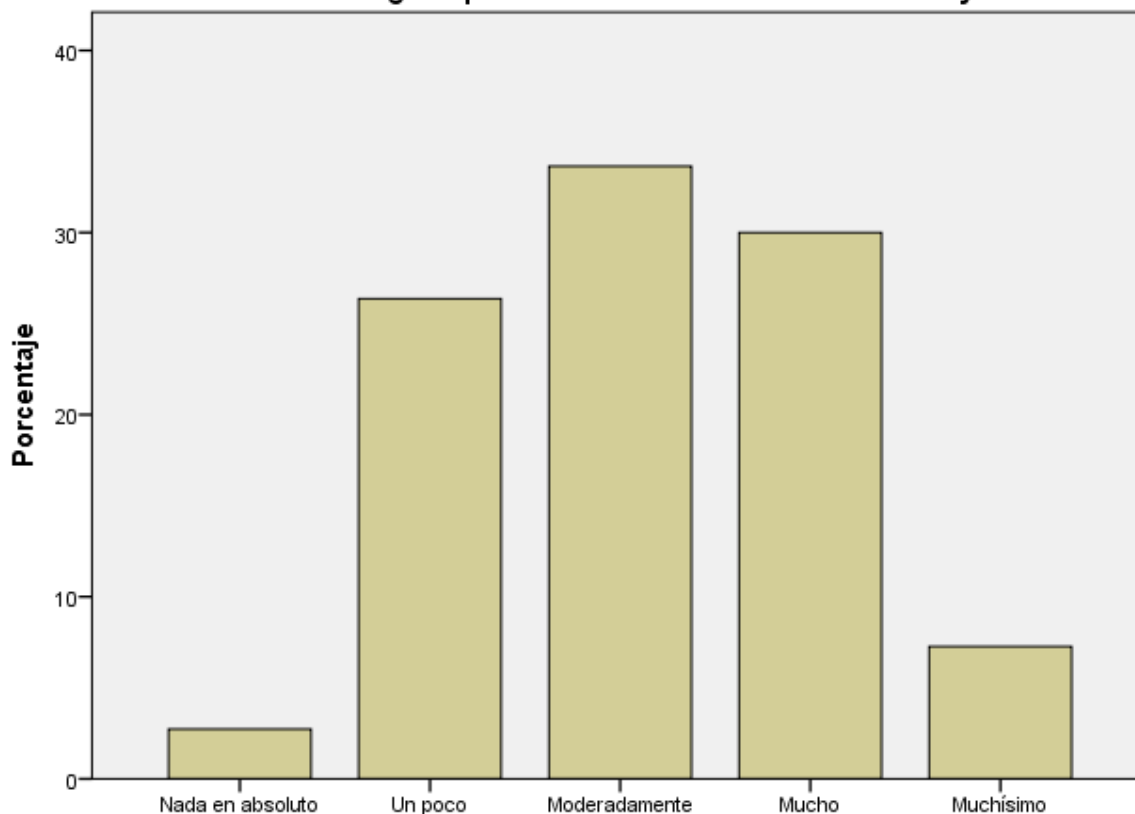


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cansado y débil?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	3	2.7	2.7	2.7
Un poco	29	26.4	26.4	29.1
Moderadamente	37	33.6	33.6	62.7
Mucho	33	30.0	30.0	92.7
Muchísimo	8	7.3	7.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cansado y débil?

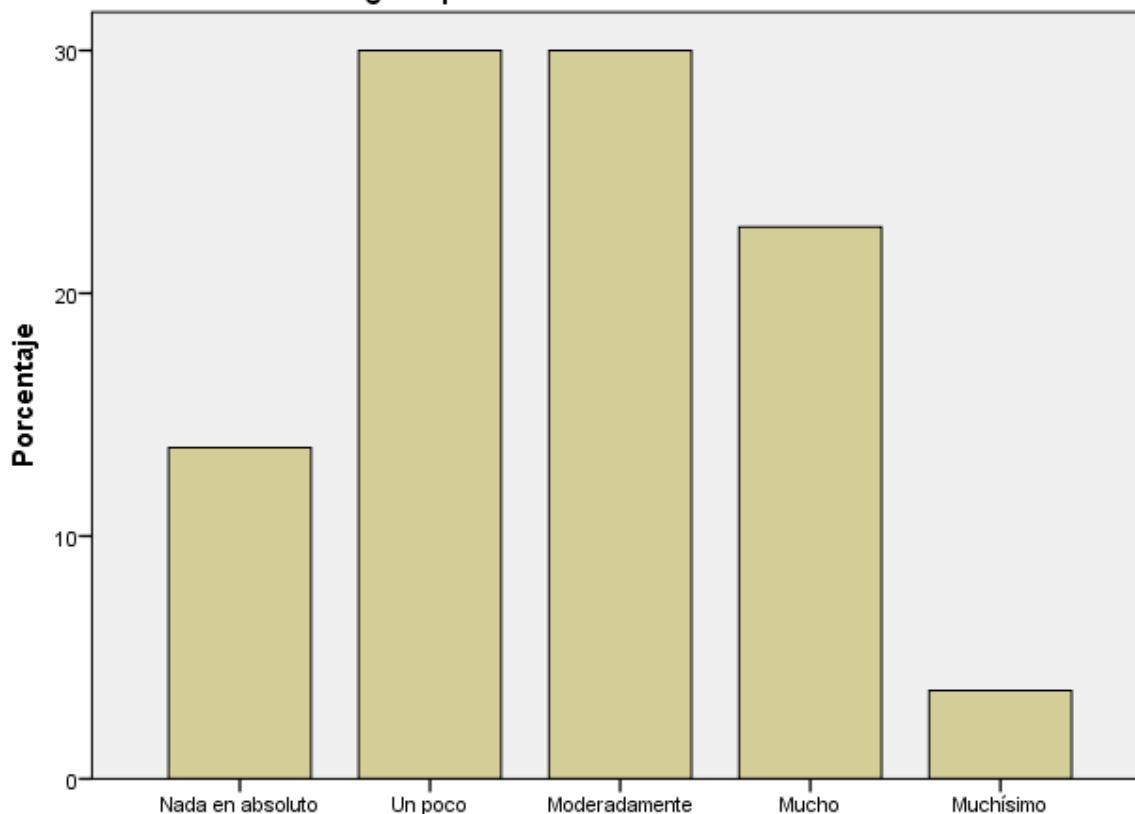


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cansado y débil?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido enfadado e irritado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	15	13.6	13.6	13.6
Un poco	33	30.0	30.0	43.6
Moderadamente	33	30.0	30.0	73.6
Mucho	25	22.7	22.7	96.4
Muchísimo	4	3.6	3.6	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido enfadado e irritado?

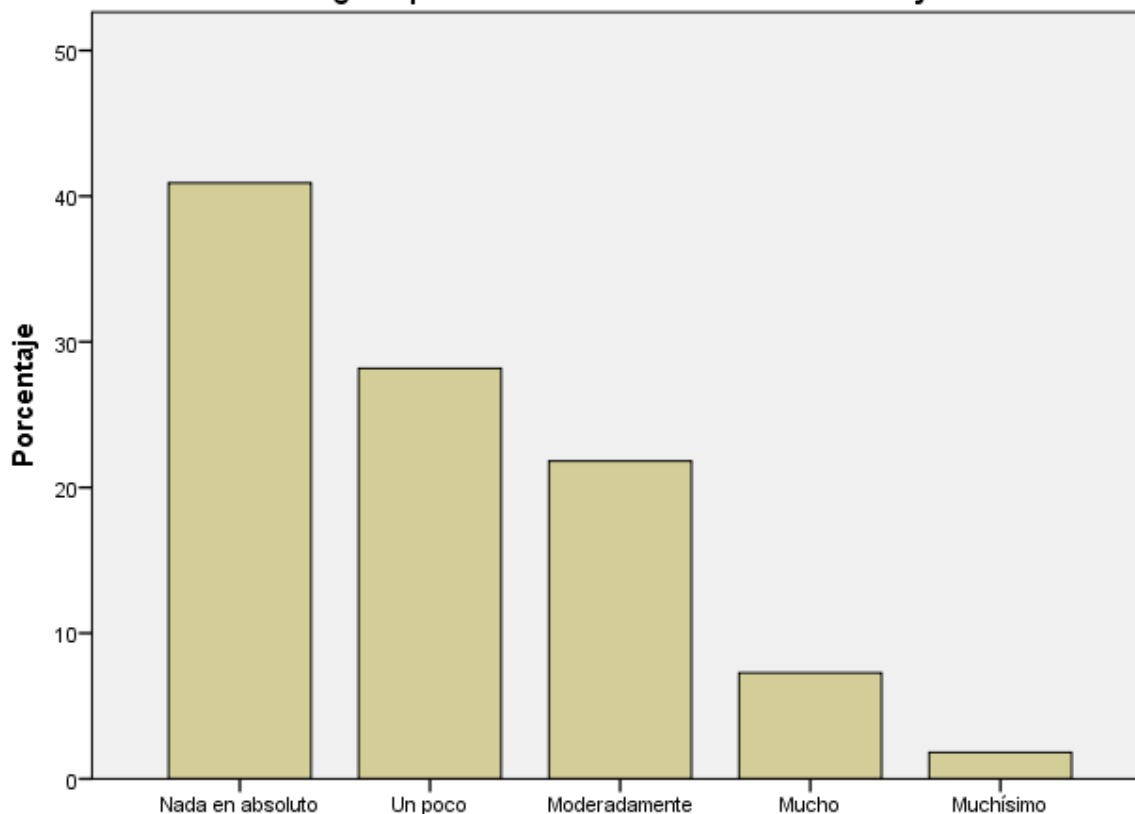


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido enfadado e irritado?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido asustado y amenazado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	45	40.9	40.9	40.9
Un poco	31	28.2	28.2	69.1
Moderadamente	24	21.8	21.8	90.9
Mucho	8	7.3	7.3	98.2
Muchísimo	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido asustado y amenazado?

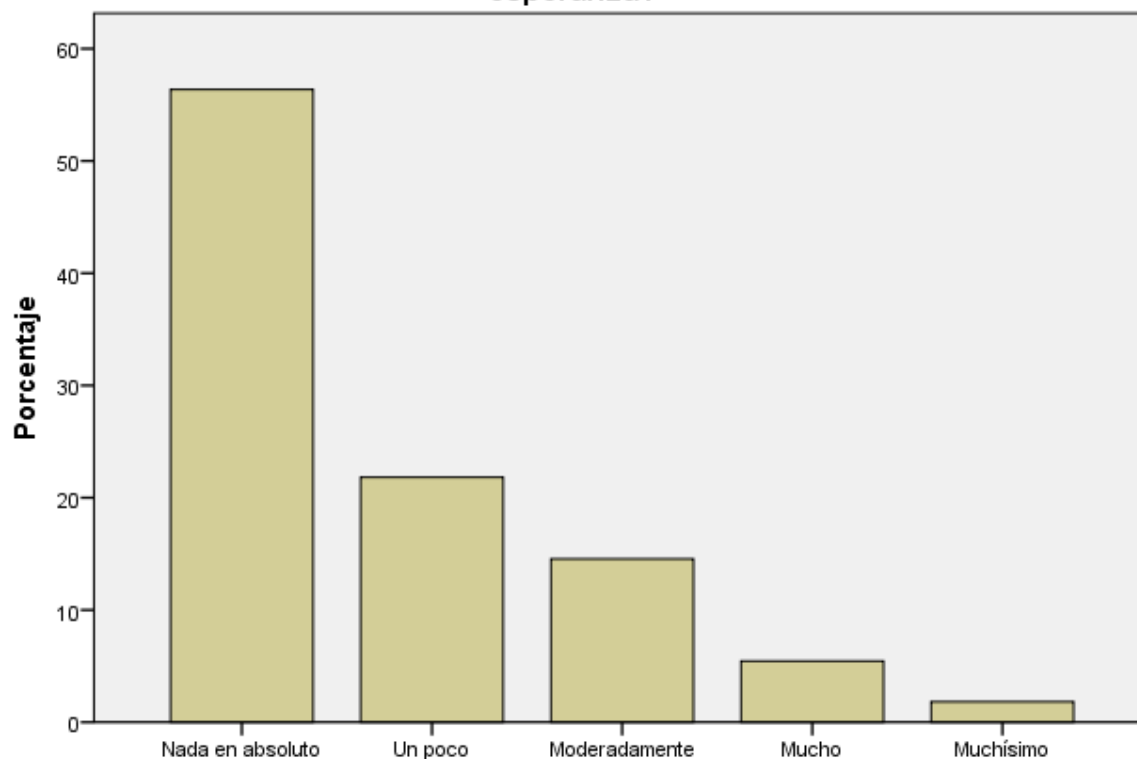


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido asustado y amenazado?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	62	56.4	56.4	56.4
Un poco	24	21.8	21.8	78.2
Moderadamente	16	14.5	14.5	92.7
Mucho	6	5.5	5.5	98.2
Muchísimo	2	1.8	1.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?



En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido esperanzado y optimista?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	7	6.4	6.4	6.4
Un poco	28	25.5	25.5	31.8
Moderadamente	37	33.6	33.6	65.5
Mucho	33	30.0	30.0	95.5
Muchísimo	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

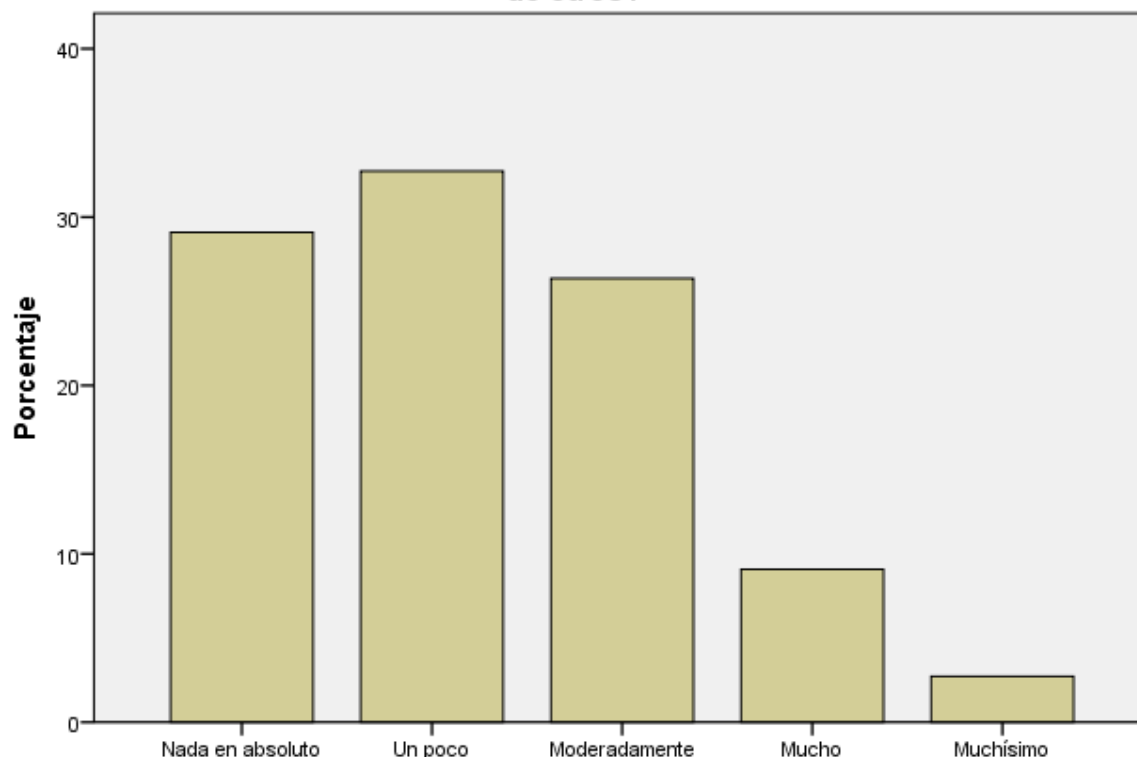
En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido esperanzado y optimista?



En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido solo, incluso en compañía de otros?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	32	29.1	29.1	29.1
Un poco	36	32.7	32.7	61.8
Moderadamente	29	26.4	26.4	88.2
Mucho	10	9.1	9.1	97.3
Muchísimo	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido solo, incluso en compañía de otros?

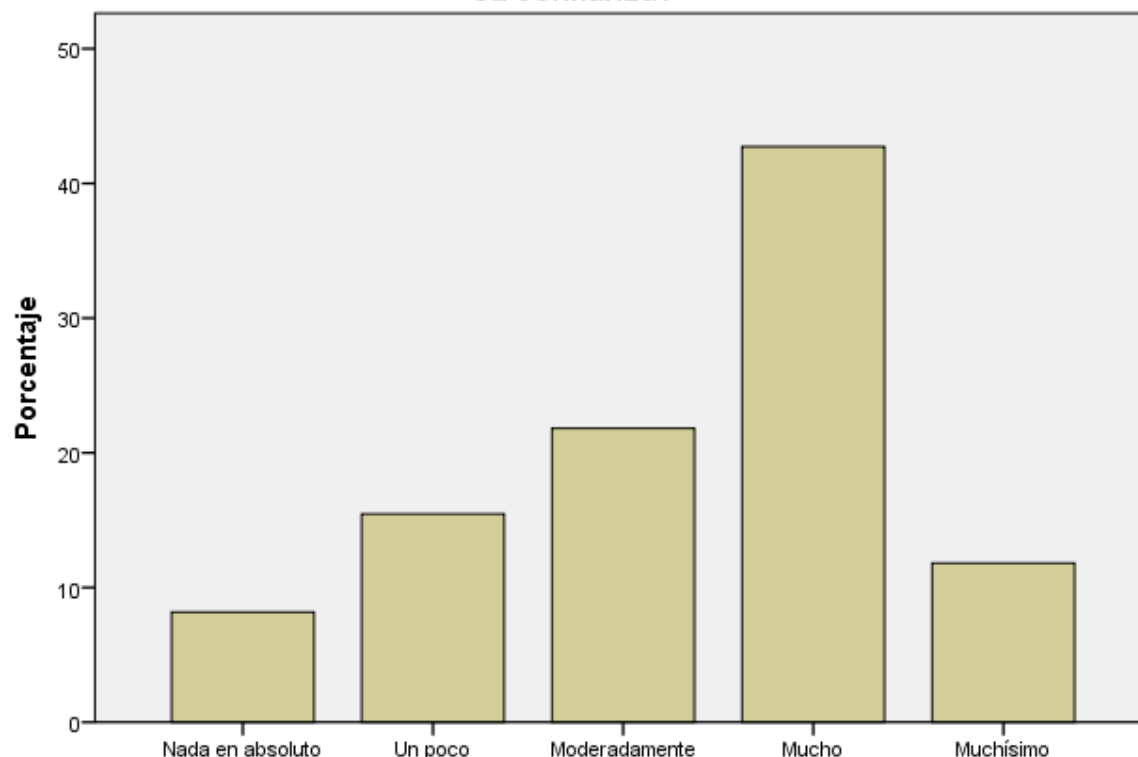


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido solo, incluso en compañía de otros?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	9	8.2	8.2	8.2
Un poco	17	15.5	15.5	23.6
Moderadamente	24	21.8	21.8	45.5
Mucho	47	42.7	42.7	88.2
Muchísimo	13	11.8	11.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?

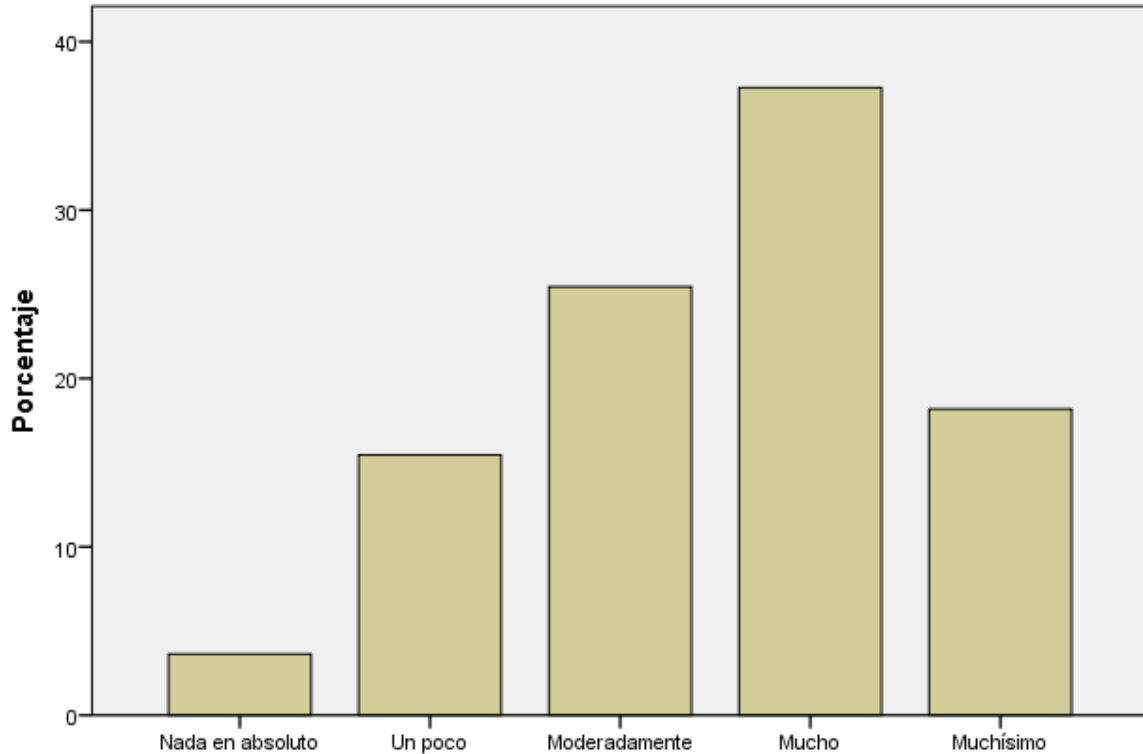


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	4	3.6	3.6	3.6
Un poco	17	15.5	15.5	19.1
Moderadamente	28	25.5	25.5	44.5
Mucho	41	37.3	37.3	81.8
Muchísimo	20	18.2	18.2	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?

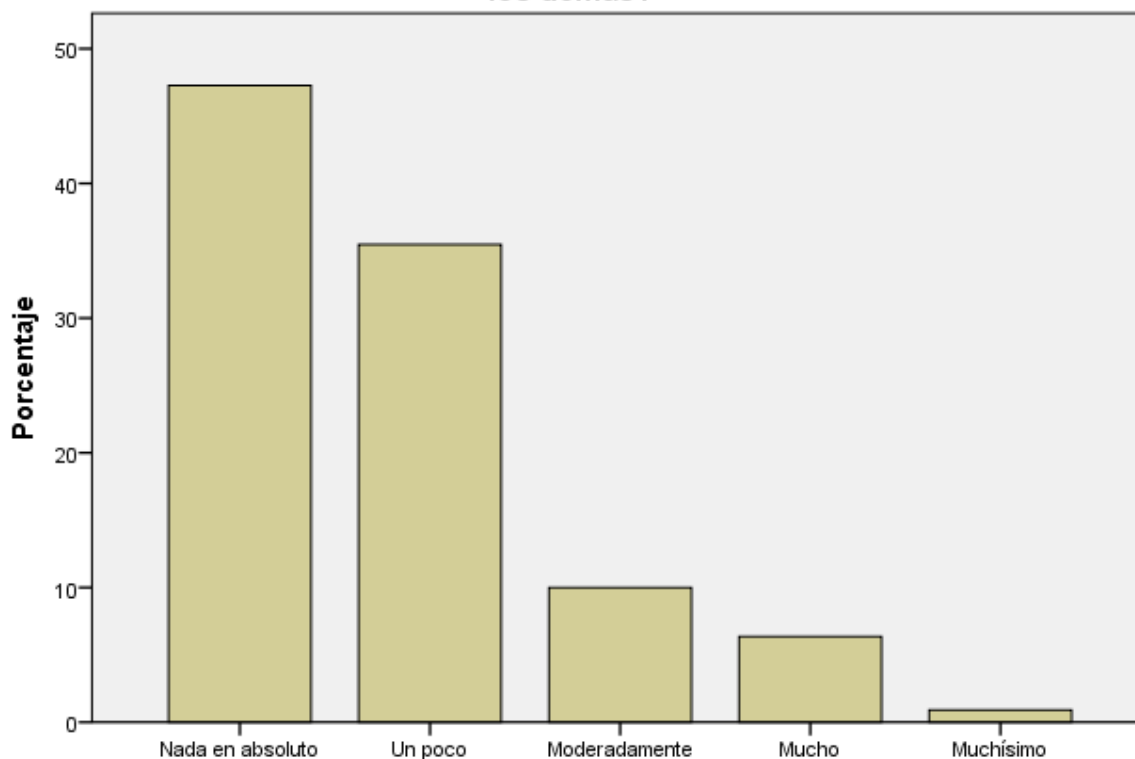


En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	52	47.3	47.3	47.3
Un poco	39	35.5	35.5	82.7
Moderadamente	11	10.0	10.0	92.7
Mucho	7	6.4	6.4	99.1
Muchísimo	1	.9	.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?

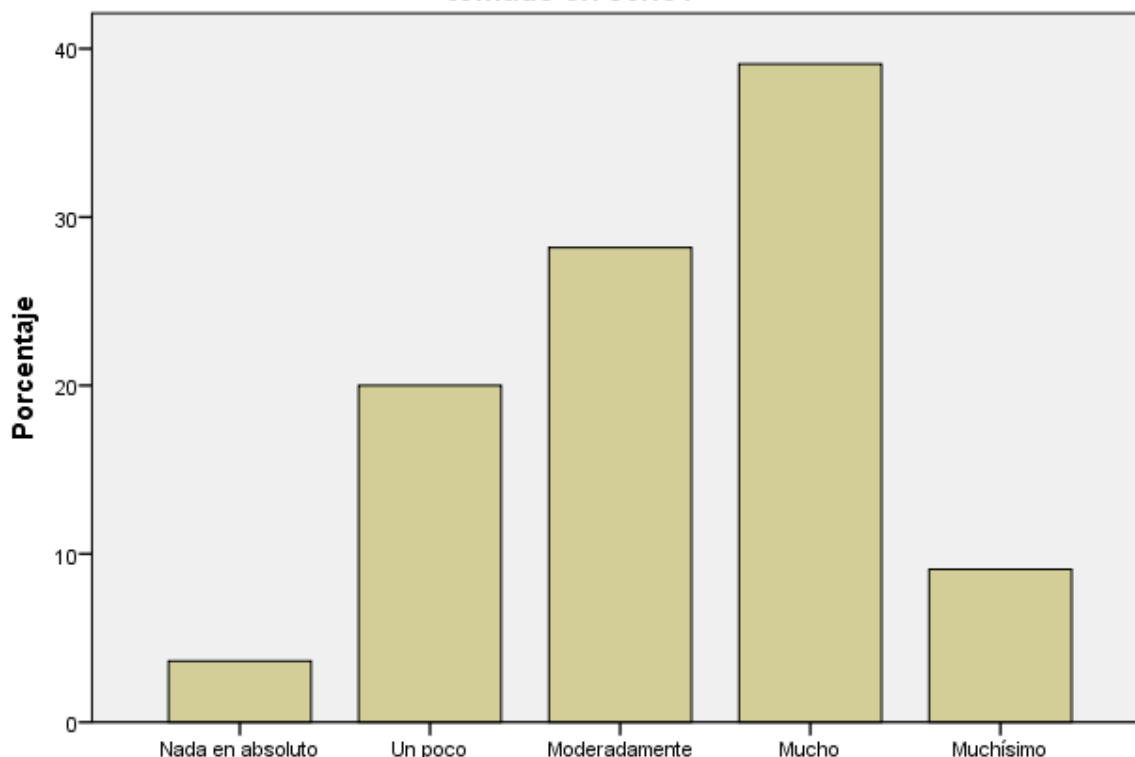


En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de ser comprendido y tomado en serio?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	4	3.6	3.6	3.6
Un poco	22	20.0	20.0	23.6
Moderadamente	31	28.2	28.2	51.8
Mucho	43	39.1	39.1	90.9
Muchísimo	10	9.1	9.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de ser comprendido y tomado en serio?

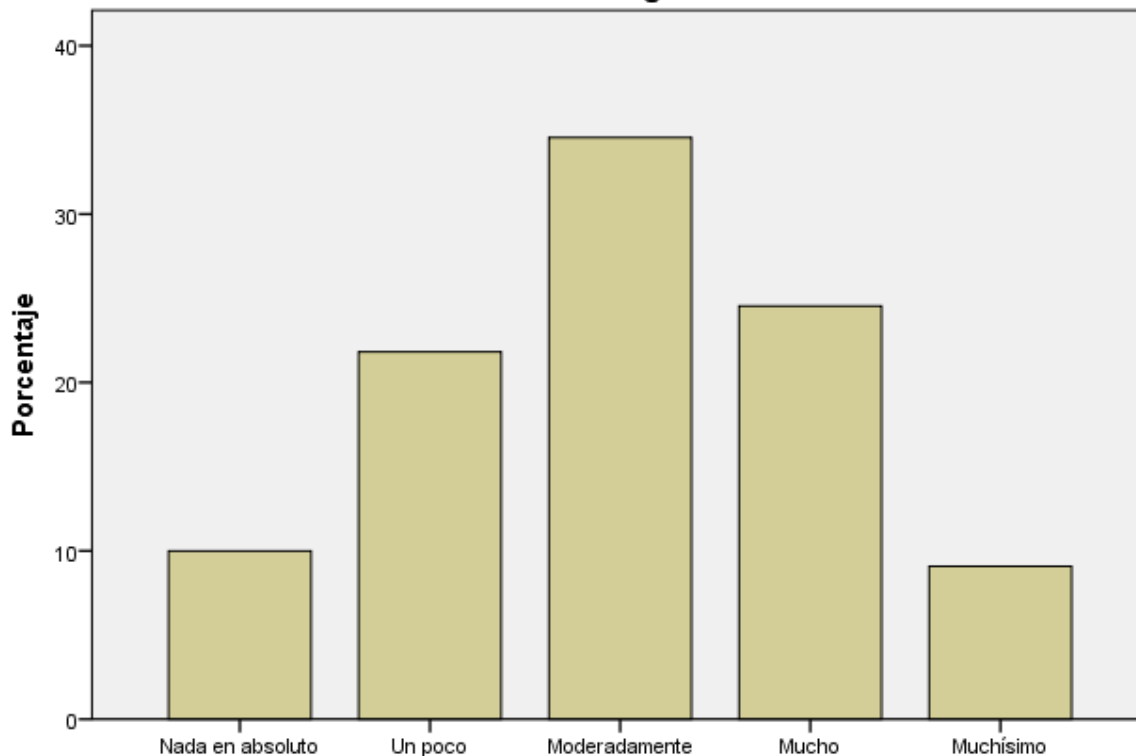


En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de ser comprendido y tomado en serio?

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de que se cansa físicamente enseñada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	11	10.0	10.0	10.0
Un poco	24	21.8	21.8	31.8
Moderadamente	38	34.5	34.5	66.4
Mucho	27	24.5	24.5	90.9
Muchísimo	10	9.1	9.1	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de que se cansa físicamente enseñada?

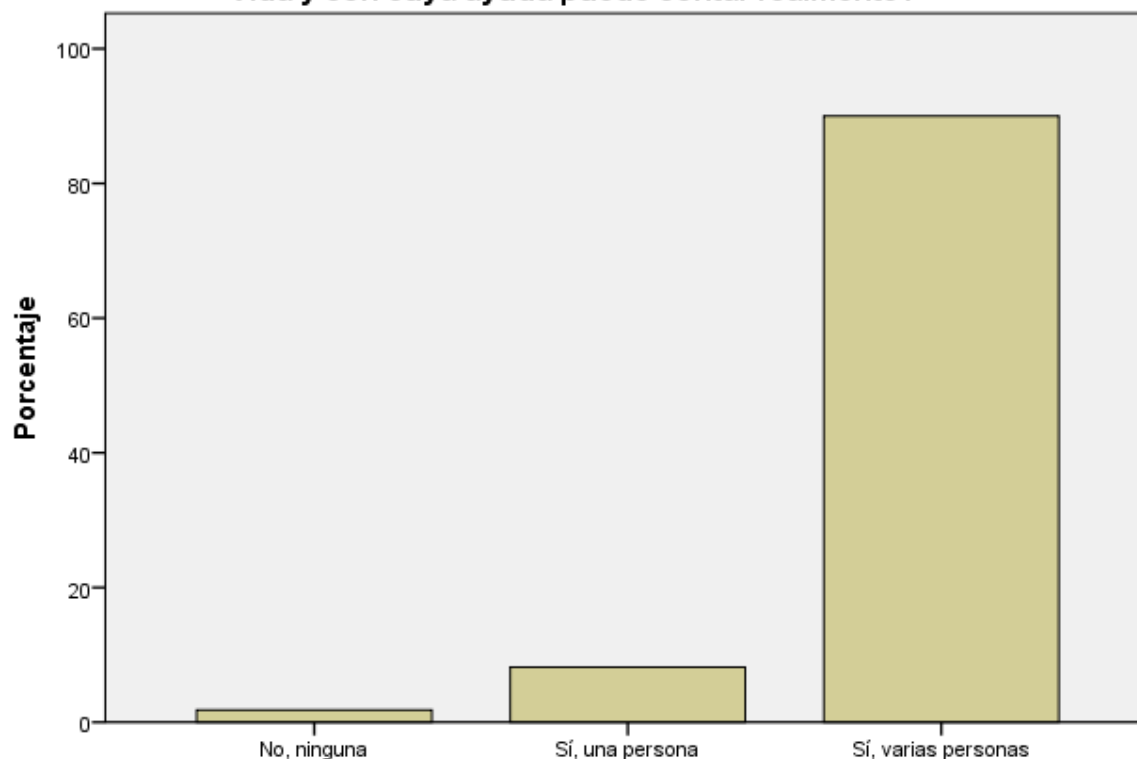


En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo la impresión de que se cansa físicamente enseñada?

¿Hay personas en su familia o círculo de amigos que son importantes para su Vida y con cuya ayuda puede contar realmente?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No, ninguna	2	1.8	1.8	1.8
Sí, una persona	9	8.2	8.2	10.0
Sí, varias personas	99	90.0	90.0	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Hay personas en su familia o círculo de amigos que son importantes para su Vida y con cuya ayuda puede contar realmente?

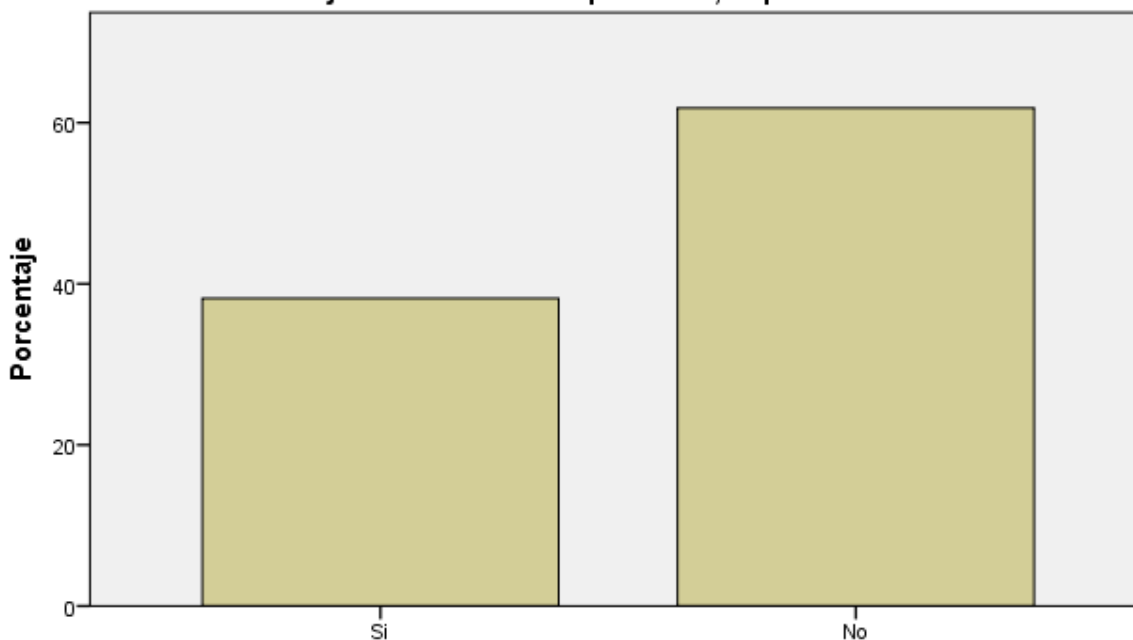


¿Hay personas en su familia o círculo de amigos que son importantes para su Vida y con cuya ayuda puede contar realmente?

En los últimos 6 meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, abandono de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, jubilación del compañero/a, separ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	42	38.2	38.2	38.2
No	68	61.8	61.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 6 meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, abandono de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, jubilación del compañero/a, separ

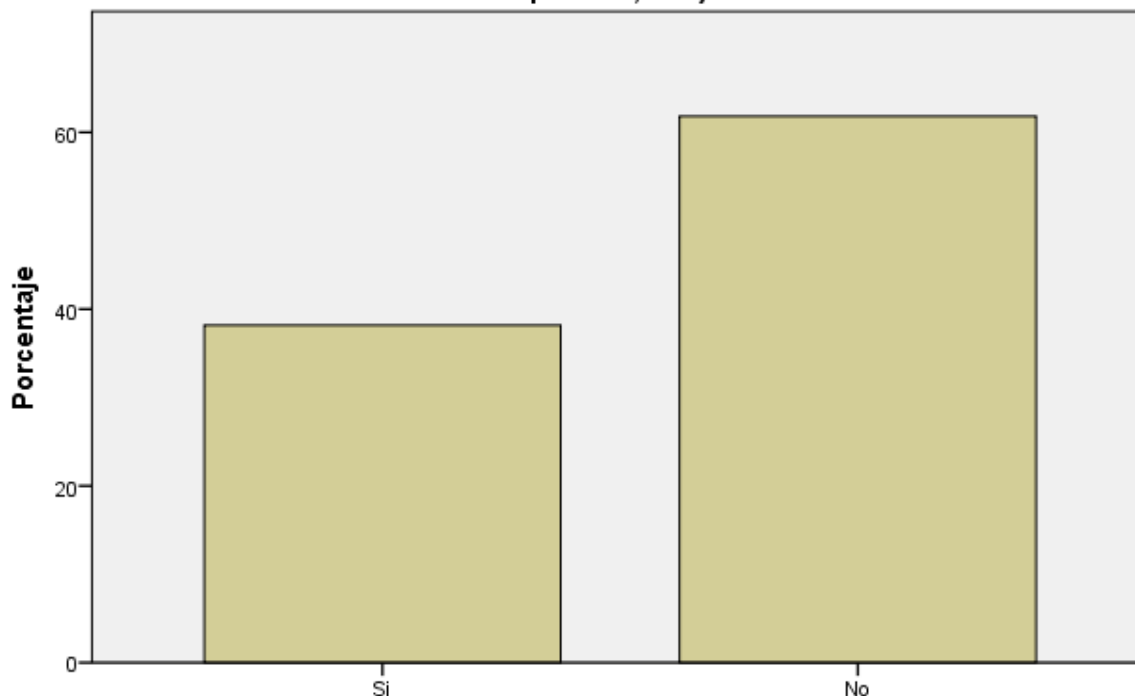


En los últimos 6 meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, abandono de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, jubilación del compañero/a, separ

En los últimos 7 días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	42	38.2	38.2	38.2
No	68	61.8	61.8	100.0
Total	110	100.0	100.0	

En los últimos 7 días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)



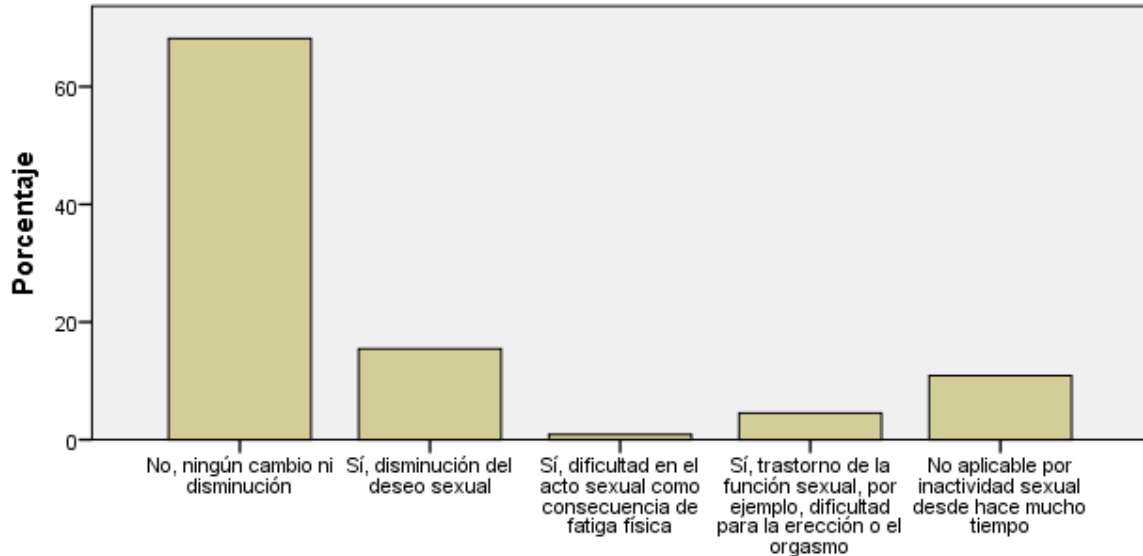
En los últimos 7 días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

¿Ha tenido cambios o deterioro en su sexualidad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No, ningún cambio ni disminución	75	68.2	68.2	68.2
Sí, disminución del deseo sexual	17	15.5	15.5	83.6
Sí, dificultad en el acto sexual como consecuencia de fatiga física	1	.9	.9	84.5
Sí, trastorno de la función sexual, por ejemplo, dificultad para la erección o el orgasmo	5	4.5	4.5	89.1

No aplicable por inactividad sexual desde hace mucho tiempo	12	10.9	10.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Ha tenido cambios o deterioro en su sexualidad?

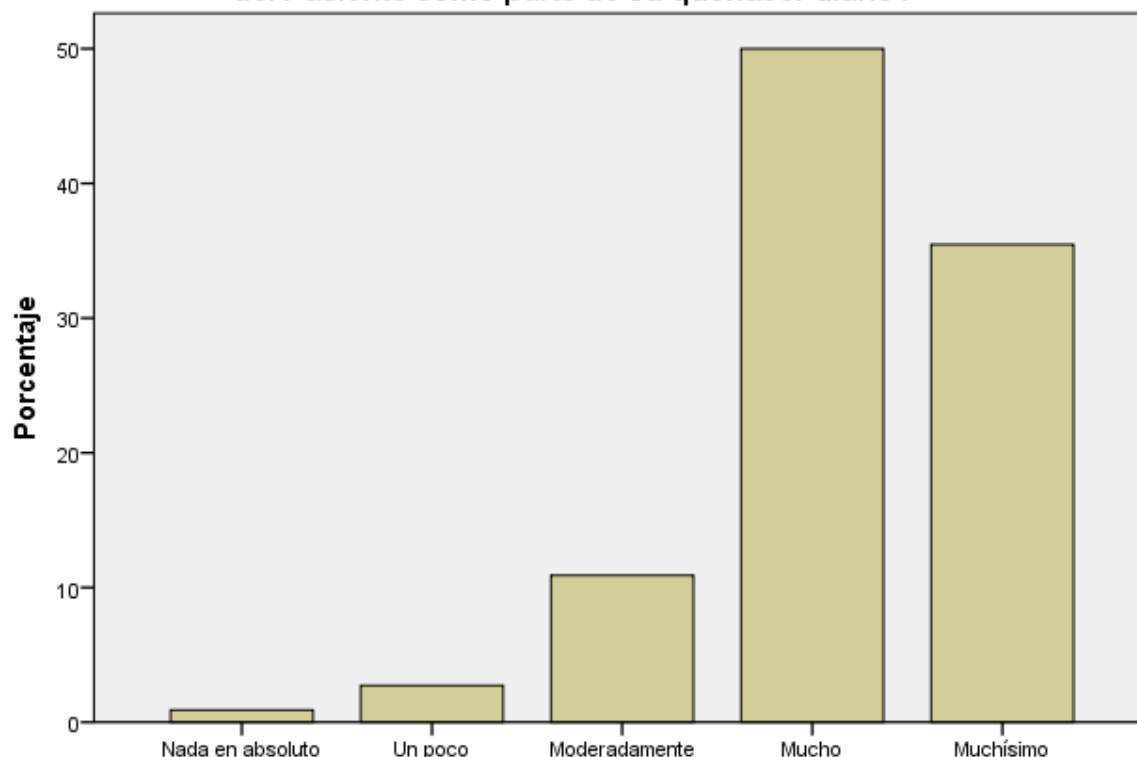


¿Ha tenido cambios o deterioro en su sexualidad?

¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	1	.9	.9	.9
Un poco	3	2.7	2.7	3.6
Moderadamente	12	10.9	10.9	14.5
Mucho	55	50.0	50.0	64.5
Muchísimo	39	35.5	35.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario?

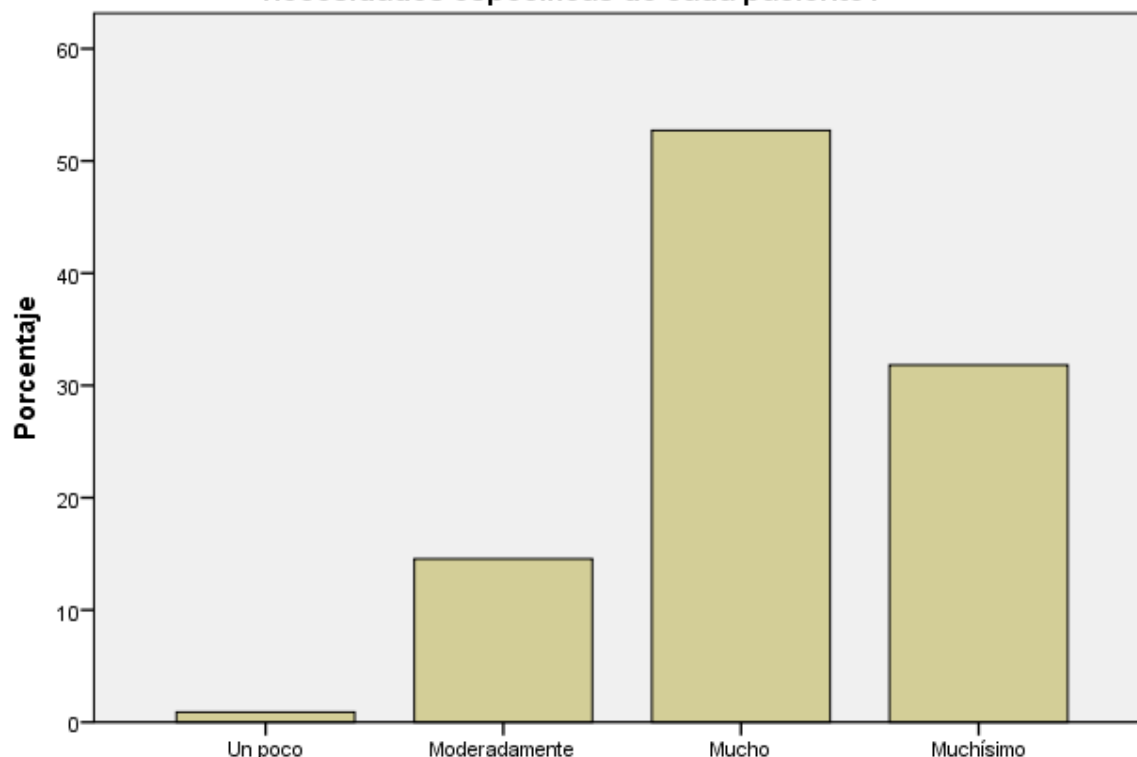


¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario?

¿En qué medida considera que usted brinda atención médica centrándose en las necesidades específicas de cada paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un poco	1	.9	.9	.9
	Moderadamente	16	14.5	14.5	15.5
	Mucho	58	52.7	52.7	68.2
	Muchísimo	35	31.8	31.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted brinda atención médica centrándose en las necesidades específicas de cada paciente?

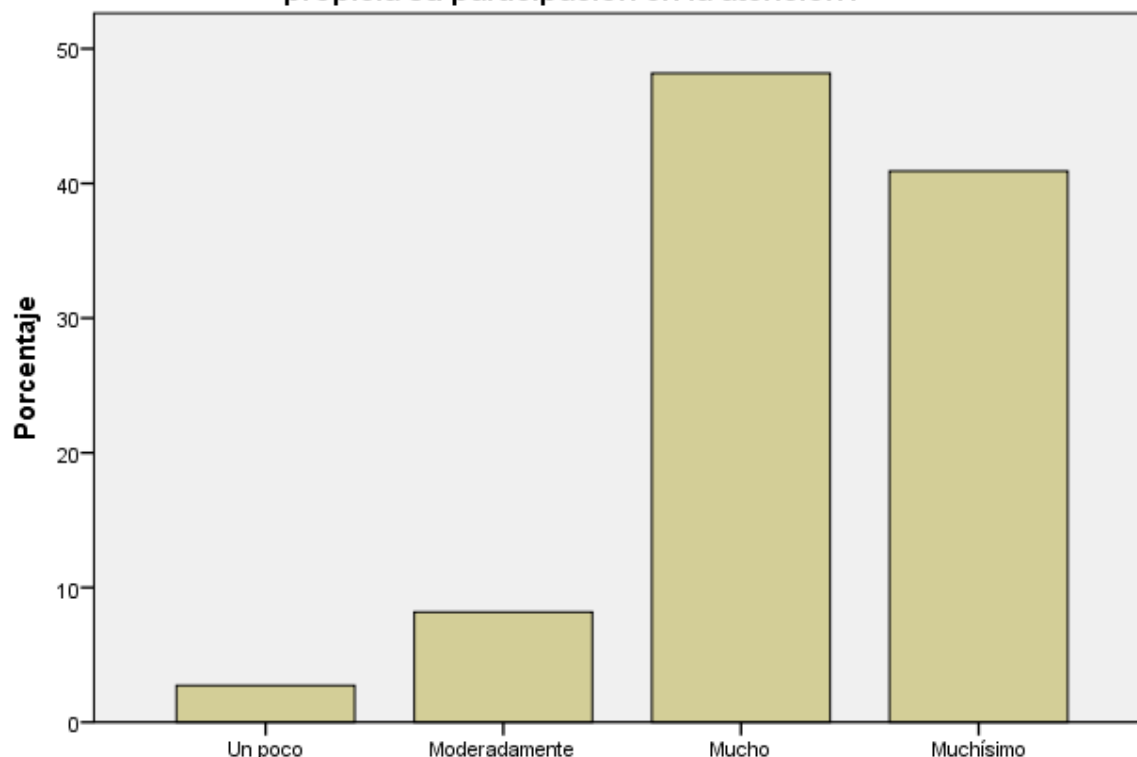


¿En qué medida considera que usted brinda atención médica centrándose en las necesidades específicas de cada paciente?

¿En qué medida considera que usted respeta los derechos de los pacientes y propicia su participación en la atención?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Un poco	3	2.7	2.7	2.7
Moderadamente	9	8.2	8.2	10.9
Mucho	53	48.2	48.2	59.1
Muchísimo	45	40.9	40.9	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted respeta los derechos de los pacientes y propicia su participación en la atención?

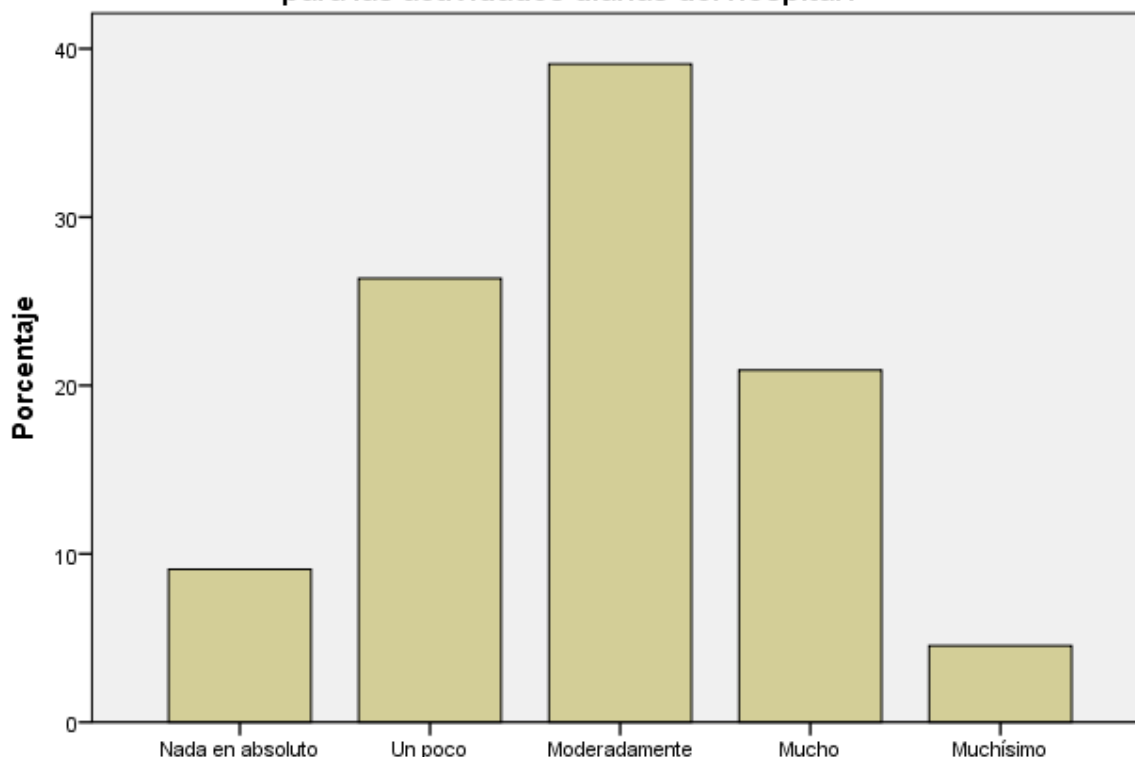


¿En qué medida considera que usted respeta los derechos de los pacientes y propicia su participación en la atención?

¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	10	9.1	9.1	9.1
Un poco	29	26.4	26.4	35.5
Moderadamente	43	39.1	39.1	74.5
Mucho	23	20.9	20.9	95.5
Muchísimo	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital?

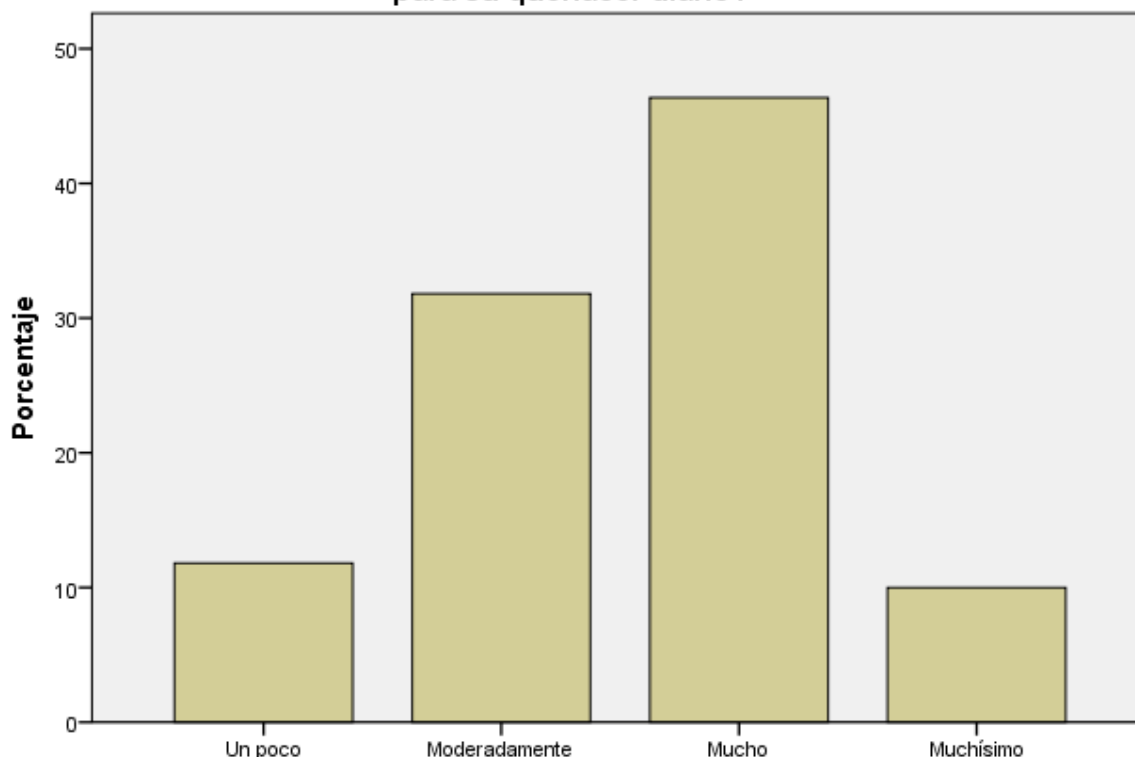


¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital?

¿En qué medida considera que usted cuenta con las competencias necesarias para su quehacer diario?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un poco	13	11.8	11.8	11.8
	Moderadamente	35	31.8	31.8	43.6
	Mucho	51	46.4	46.4	90.0
	Muchísimo	11	10.0	10.0	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted cuenta con las competencias necesarias para su quehacer diario?

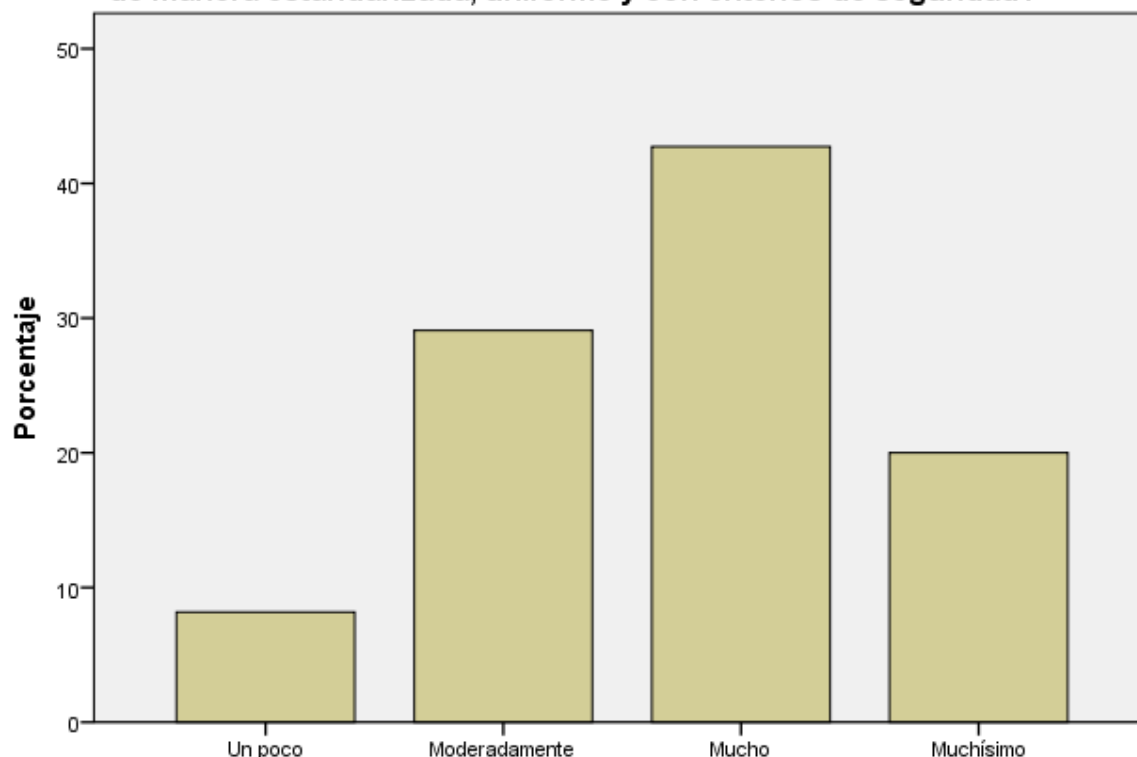


¿En qué medida considera que usted cuenta con las competencias necesarias para su quehacer diario?

¿En qué medida considera que usted lleva a cabo el proceso de atención médica de manera estandarizada, uniforme y con criterios de seguridad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un poco	9	8.2	8.2	8.2
	Moderadamente	32	29.1	29.1	37.3
	Mucho	47	42.7	42.7	80.0
	Muchísimo	22	20.0	20.0	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted lleva a cabo el proceso de atención médica de manera estandarizada, uniforme y con criterios de seguridad?

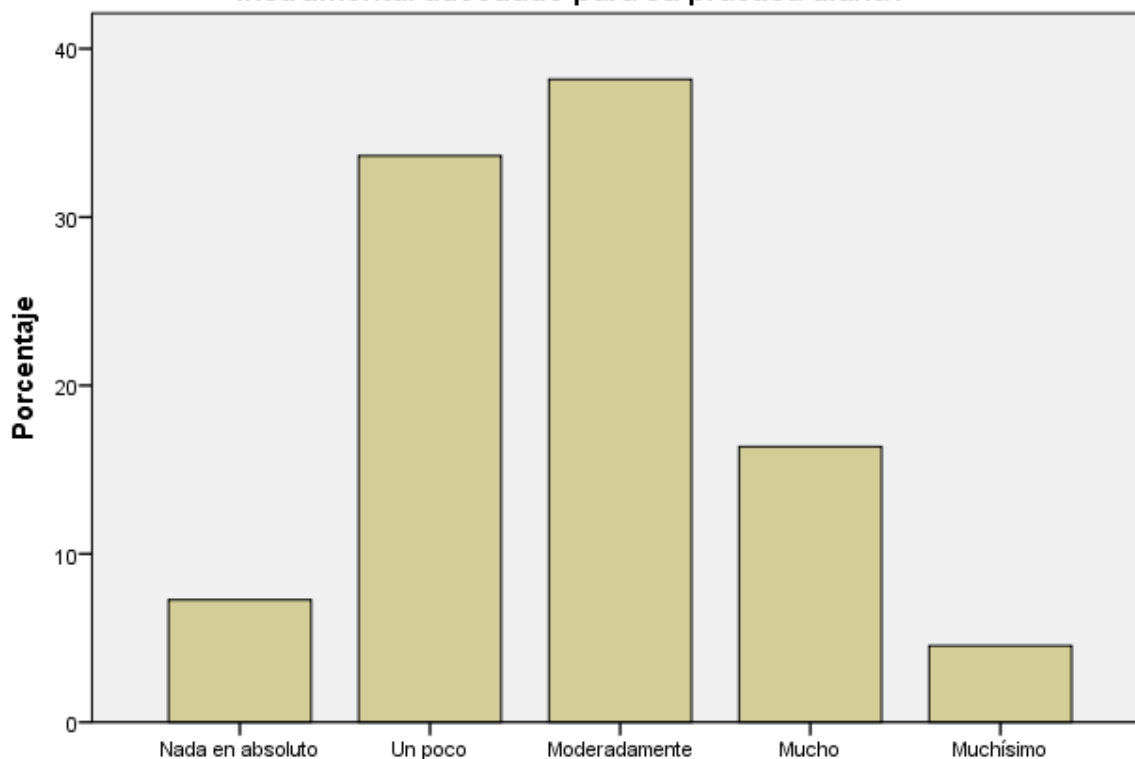


¿En qué medida considera que usted lleva a cabo el proceso de atención médica de manera estandarizada, uniforme y con criterios de seguridad?

¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nada en absoluto	8	7.3	7.3	7.3
Un poco	37	33.6	33.6	40.9
Moderadamente	42	38.2	38.2	79.1
Mucho	18	16.4	16.4	95.5
Muchísimo	5	4.5	4.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria?

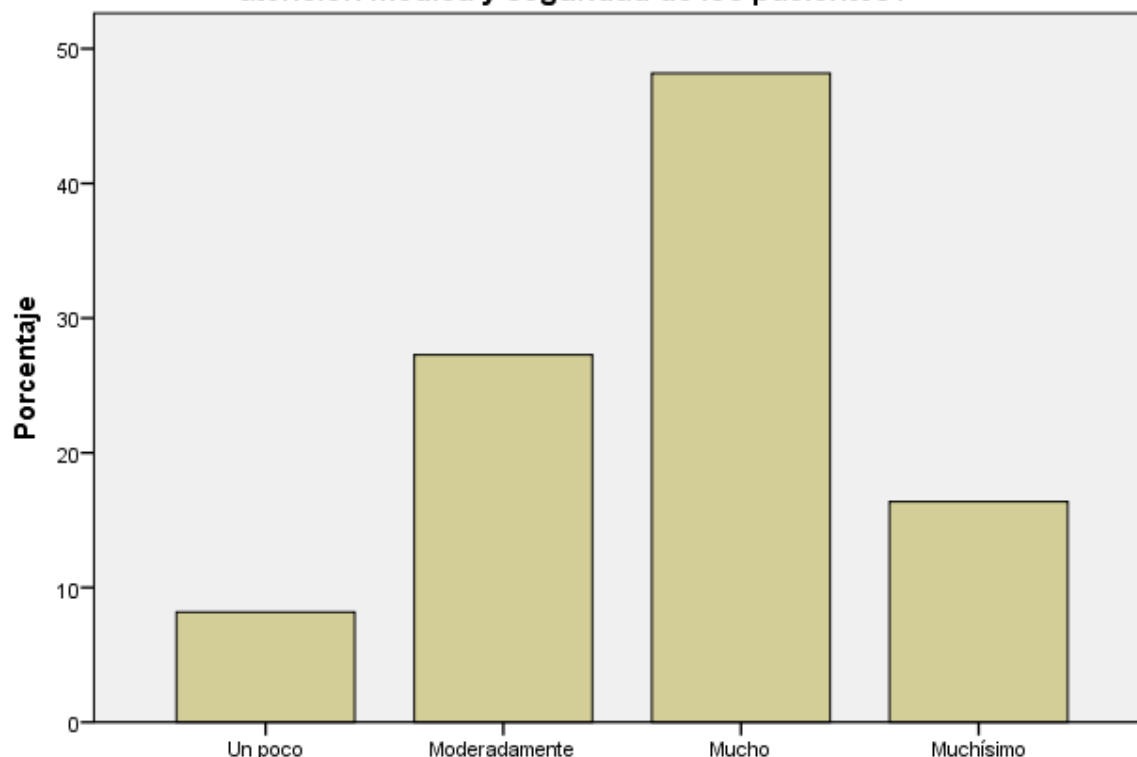


¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria?

¿En qué medida considera que usted promueve la mejora de la calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Un poco	9	8.2	8.2	8.2
Moderadamente	30	27.3	27.3	35.5
Mucho	53	48.2	48.2	83.6
Muchísimo	18	16.4	16.4	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted promueve la mejora de la calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes?

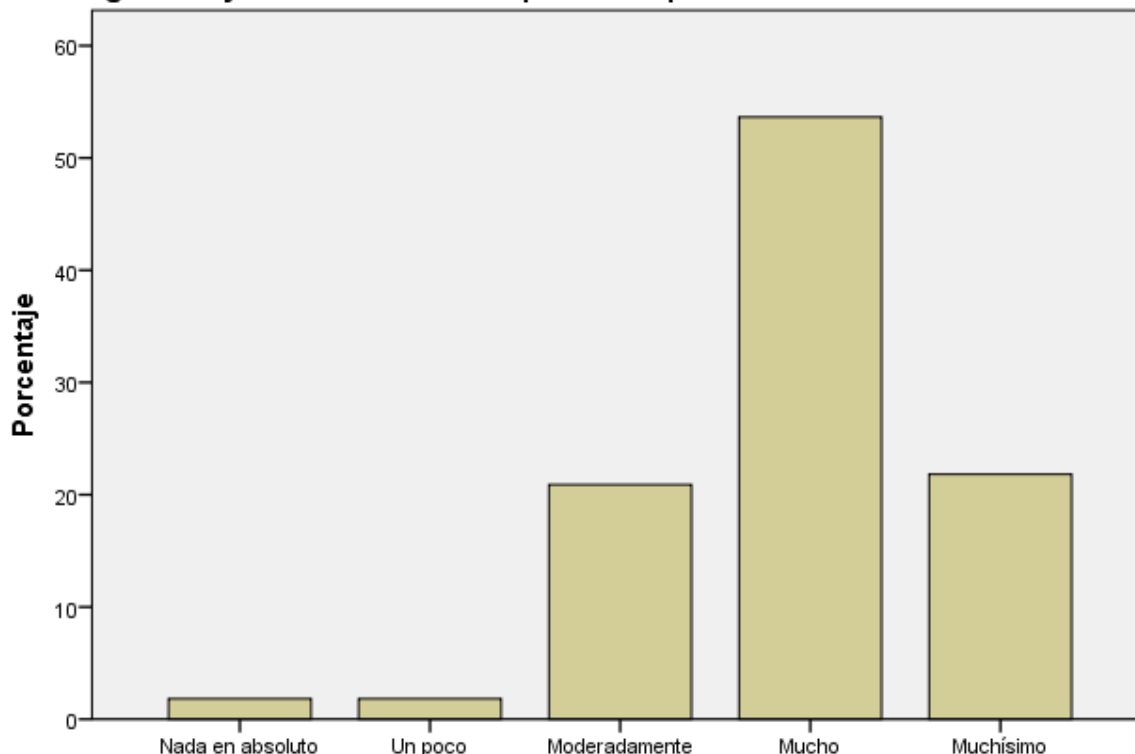


¿En qué medida considera que usted promueve la mejora de la calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes?

¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nada en absoluto	2	1.8	1.8	1.8
	Un poco	2	1.8	1.8	3.6
	Moderadamente	23	20.9	20.9	24.5
	Mucho	59	53.6	53.6	78.2
	Muchísimo	24	21.8	21.8	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución?

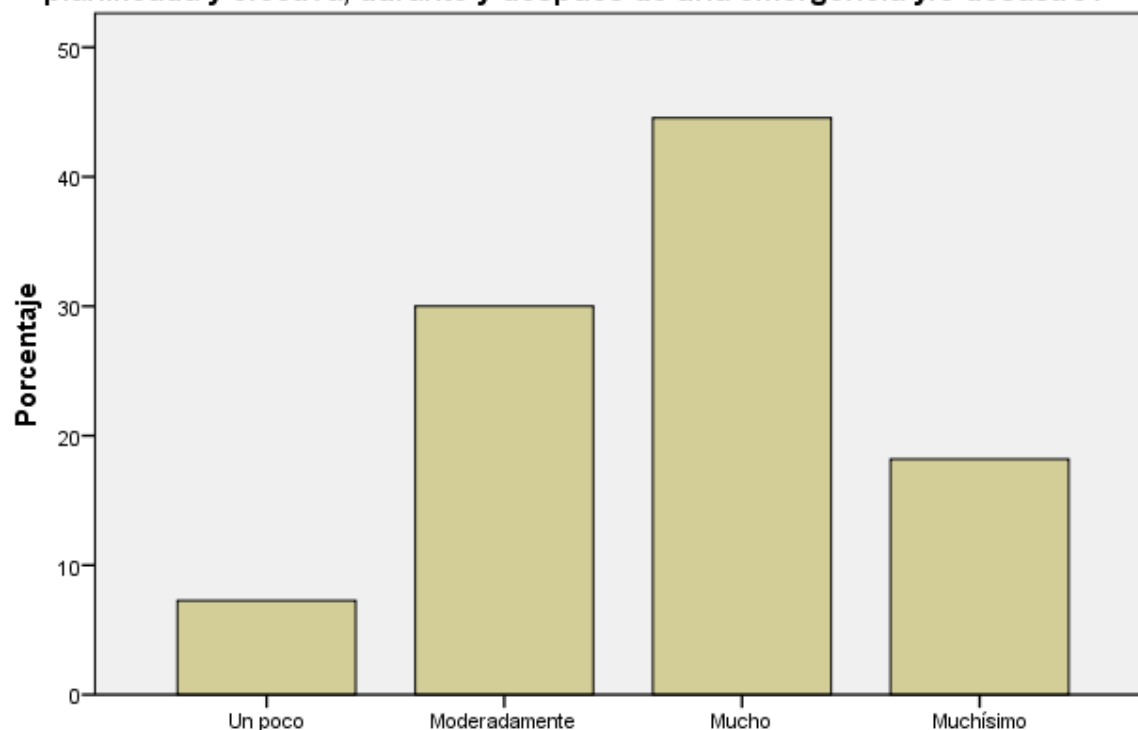


¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución?

¿En qué medida considera que usted podría brindar atención médica, de forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un poco	8	7.3	7.3	7.3
	Moderadamente	33	30.0	30.0	37.3
	Mucho	49	44.5	44.5	81.8
	Muchísimo	20	18.2	18.2	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted podría brindar atención médica, de forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre?

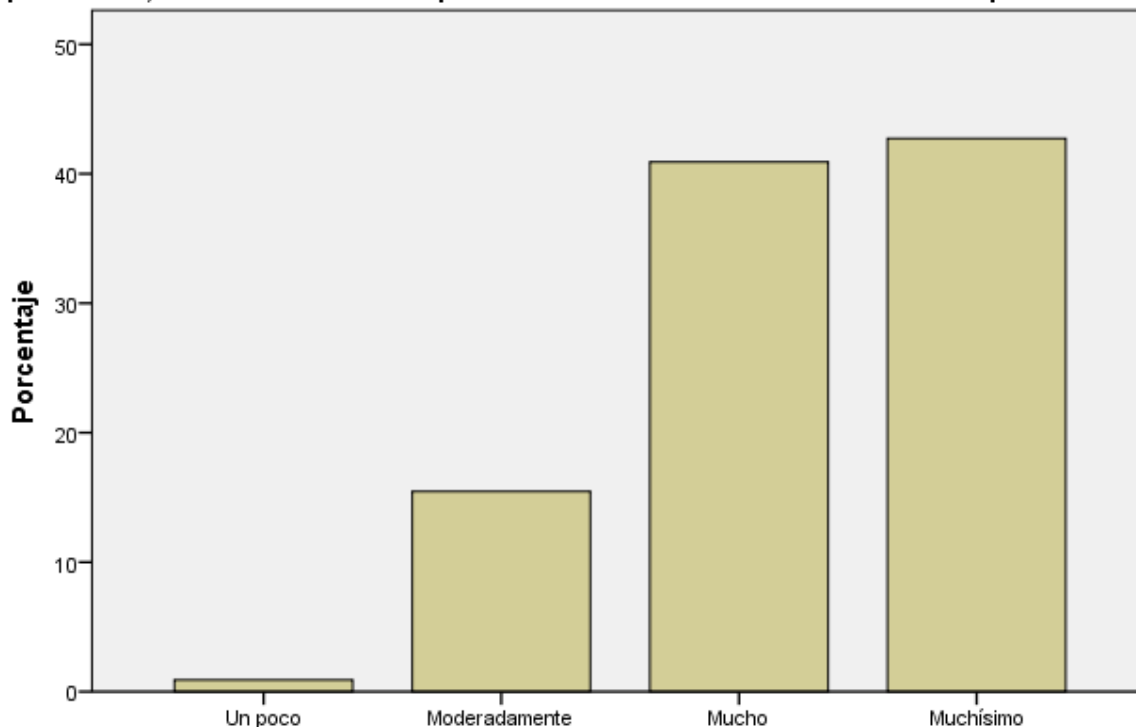


¿En qué medida considera que usted podría brindar atención médica, de forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre?

¿En qué medida considera que usted posee una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” es su prioridad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Un poco	1	.9	.9	.9
	Moderadamente	17	15.5	15.5	16.4
	Mucho	45	40.9	40.9	57.3
	Muchísimo	47	42.7	42.7	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

¿En qué medida considera que usted posee una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” es su prioridad?

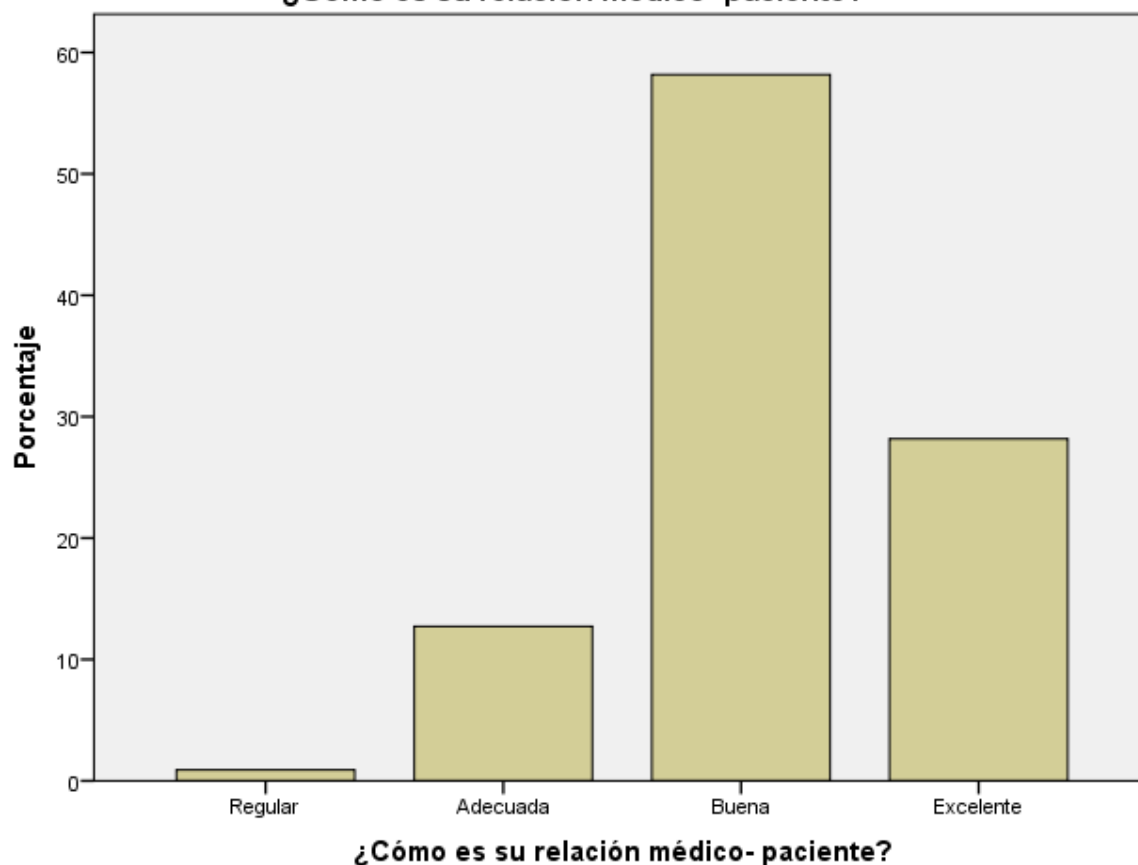


¿En qué medida considera que usted posee una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” es su prioridad?

¿Cómo es su relación médico- paciente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Regular	1	.9	.9	.9
	Adecuada	14	12.7	12.7	13.6
	Buena	64	58.2	58.2	71.8
	Excelente	31	28.2	28.2	100.0
	Total	110	100.0	100.0	

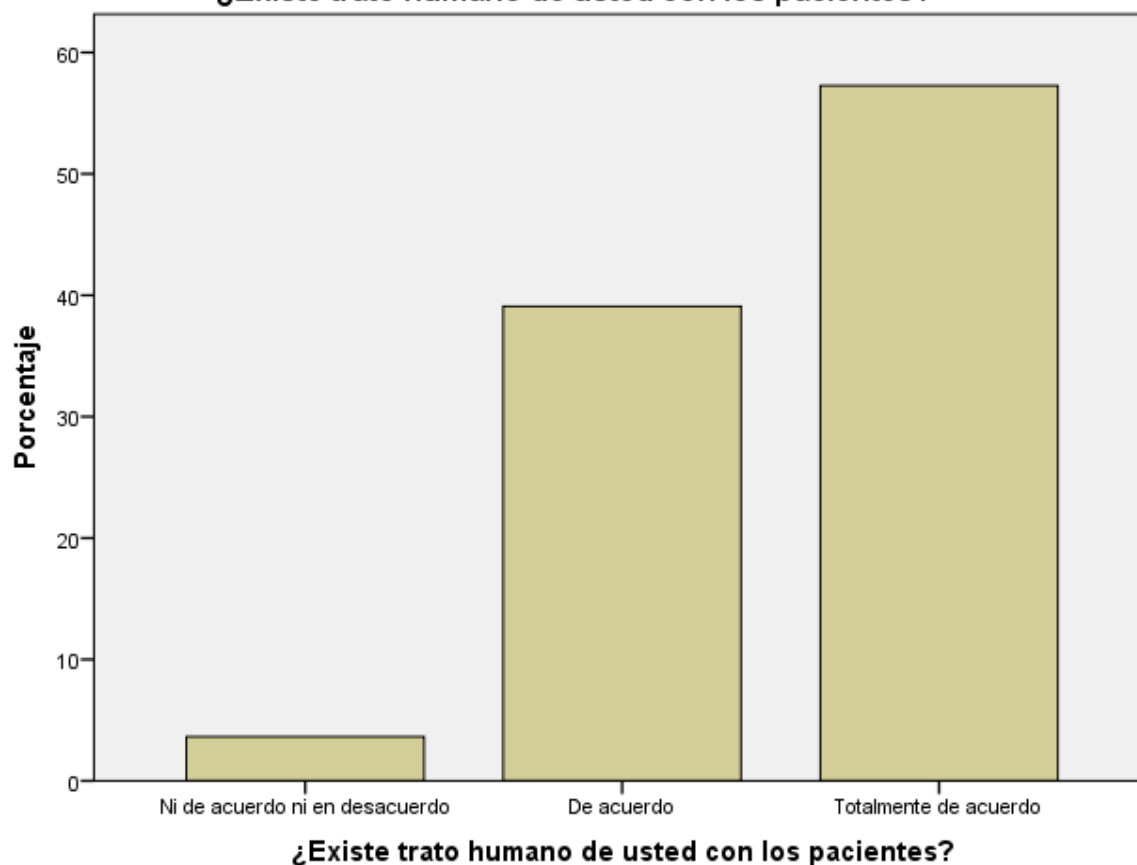
¿Cómo es su relación médico- paciente?



¿Existe trato humano de usted con los pacientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	3.6	3.6	3.6
De acuerdo	43	39.1	39.1	42.7
Totalmente de acuerdo	63	57.3	57.3	100.0
Total	110	100.0	100.0	

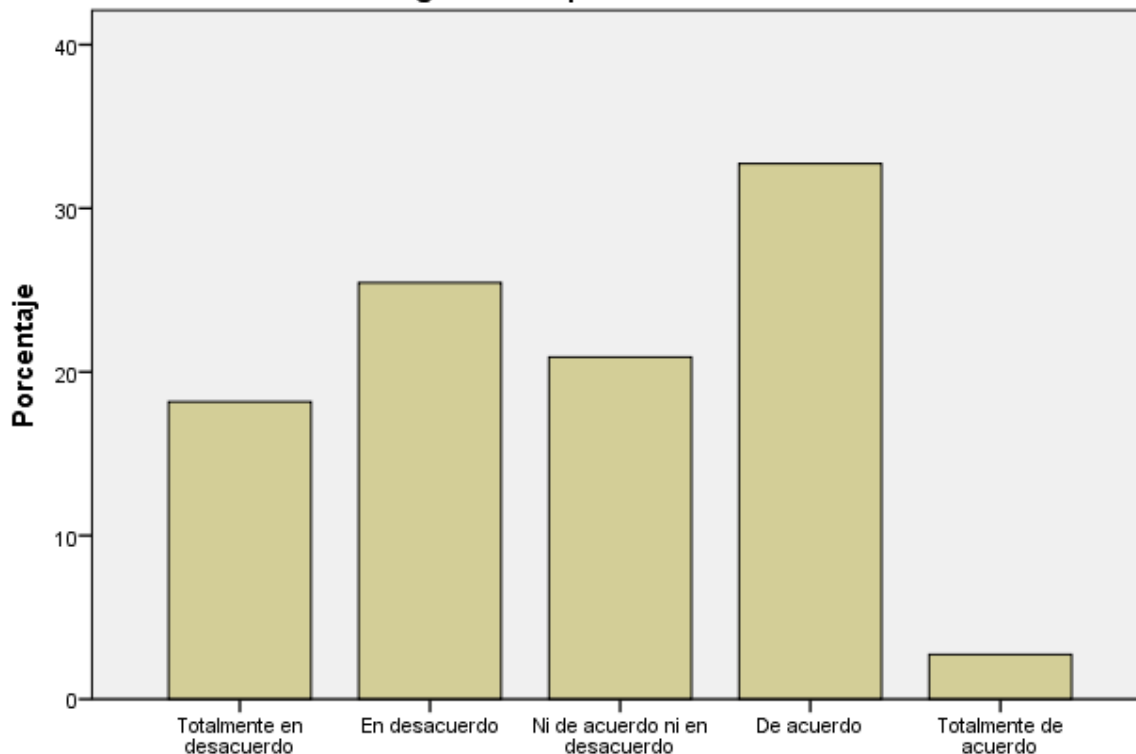
¿Existe trato humano de usted con los pacientes?



¿Considera usted que existen complicaciones en los pacientes derivadas de algún error que cometió?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	20	18.2	18.2	18.2
En desacuerdo	28	25.5	25.5	43.6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	20.9	20.9	64.5
De acuerdo	36	32.7	32.7	97.3
Totalmente de acuerdo	3	2.7	2.7	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Considera usted que existen complicaciones en los pacientes derivadas de algún error que cometió?

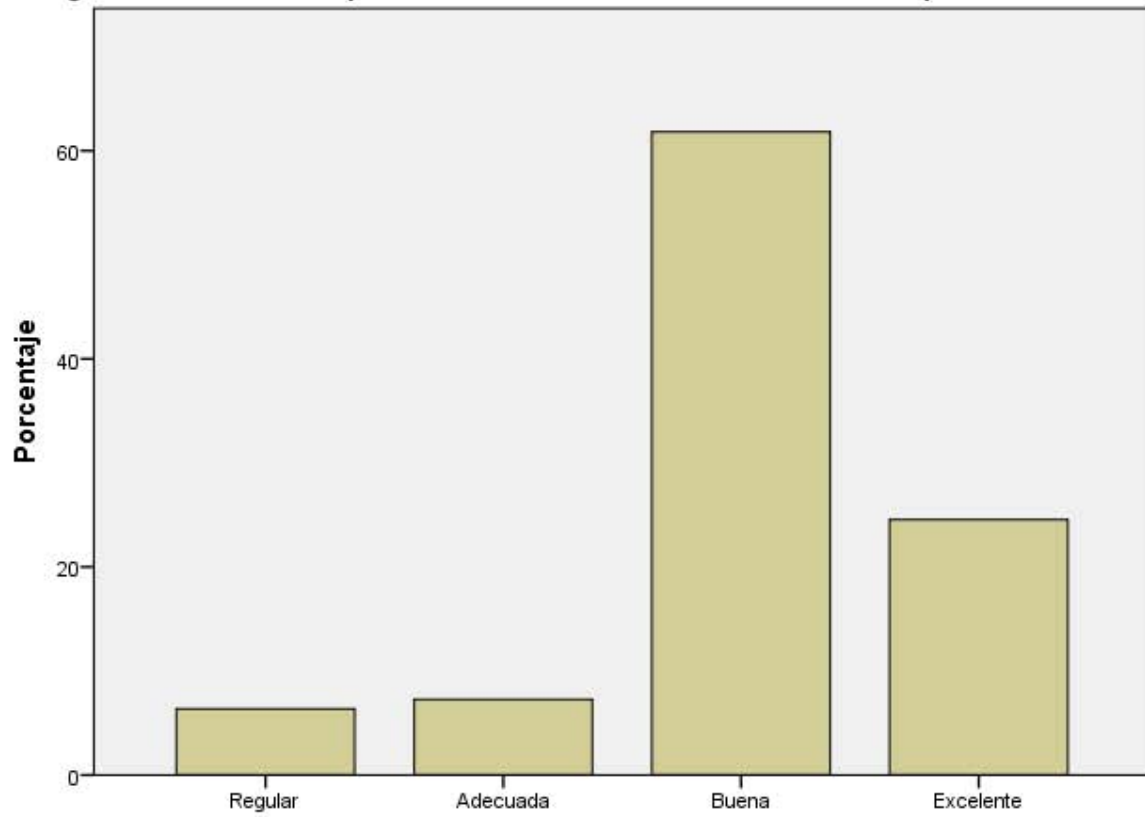


¿Considera usted que existen complicaciones en los pacientes derivadas de algún error que cometió?

¿Cómo cree usted que es la calidad de su atención con sus pacientes?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Regular	7	6.4	6.4	6.4
Adecuada	8	7.3	7.3	13.6
Buena	68	61.8	61.8	75.5
Excelente	27	24.5	24.5	100.0
Total	110	100.0	100.0	

¿Cómo cree usted que es la calidad de su atención con sus pacientes?



¿Cómo cree usted que es la calidad de su atención con sus pacientes?

4.1. Análisis de los resultados

A continuación, se presenta las tablas cruzadas de cada una de las variables para medir calidad de vida y las utilizadas para medir calidad de la atención. Así como las pruebas Chi cuadradas y coeficiente de contingencia para establecer la existencia de relación y la fuerza de ésta que guardan entre sí las variables.

Se presentan sólo las relaciones con un coeficiente de contingencia mayor de 0.5, ya que éste refleja una relación estadística alta y positiva.

¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento? (1) * ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? (2)

Tabla cruzada

			<u>(2)</u>					
			Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
<u>(1)</u>	Nada en absoluto	Recuento	0	0	3	1	2	6
		Recuento esperado	,5	1,6	2,3	1,3	,3	6,0
	Un poco	Recuento	0	4	17	8	2	31
		Recuento esperado	2,8	8,2	12,1	6,5	1,4	31,0
	Moderadamente	Recuento	7	12	15	10	0	44
		Recuento esperado	4,0	11,6	17,2	9,2	2,0	44,0
	Mucho	Recuento	3	13	6	4	0	26
		Recuento esperado	2,4	6,9	10,2	5,4	1,2	26,0
	Muchísimo	Recuento	0	0	2	0	1	3
		Recuento esperado	,3	,8	1,2	,6	,1	3,0
Total		Recuento	10	29	43	23	5	110

Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0
----------------------	------	------	------	------	-----	-------

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,127 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	41,176	16	,001
Asociación lineal por lineal	10,126	1	,001
N de casos válidos	110		

a. 16 casillas (64.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .14.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,526	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 42.127, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.526, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras? **(1)** * ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? **(2)**

Tabla cruzada

		(2)					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
(1) Nada en absoluto	Recuento	1	0	0	0	0	1
	Recuento esperado	,1	,3	,4	,2	,0	1,0
Malamente	Recuento	4	3	4	2	1	14
	Recuento esperado	1,3	3,7	5,5	2,9	,6	14,0
Moderadamente	Recuento	4	17	14	12	1	48
	Recuento esperado	4,4	12,7	18,8	10,0	2,2	48,0
Bien	Recuento	1	9	23	7	1	41
	Recuento esperado	3,7	10,8	16,0	8,6	1,9	41,0
Muy bien	Recuento	0	0	2	2	2	6
	Recuento esperado	,5	1,6	2,3	1,3	,3	6,0
Total	Recuento	10	29	43	23	5	110
	Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,209 ^a	16	,001

Razón de verosimilitud	29,257	16	,022
Asociación lineal por lineal	9,804	1	,002
N de casos válidos	110		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Medidas simétricas

		Valor	Significación n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,517	,001
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 40.209, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.517, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario? (1) * ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>					Total	
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo		
<u>(1)</u>	Malamente	Recuento	5	8	7	4	0	24
		Recuento esperado	2,2	6,3	9,4	5,0	1,1	24,0
	Moderadamente	Recuento	3	16	20	8	2	49
		Recuento esperado	4,5	12,9	19,2	10,2	2,2	49,0
	Bien	Recuento	2	5	15	11	1	34
		Recuento esperado	3,1	9,0	13,3	7,1	1,5	34,0
	Muy bien	Recuento	0	0	1	0	2	3
		Recuento esperado	,3	,8	1,2	,6	,1	3,0
Total		Recuento	10	29	43	23	5	110
		Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,613 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	23,152	12	,026

Asociación lineal por lineal	11,785	1	,001
N de casos válidos	110		

a. 11 casillas (55.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .14.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,515	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 39.613, 12 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.515, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dedicarse a sus aficiones o pasatiempos? (1) * ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
<u>(1)</u>	Nada en absoluto	Recuento	0	2	4	16	8	30
		Recuento esperado	,3	,8	3,3	15,0	10,6	30,0

Malamente	Recuento	0	0	4	16	14	34
	Recuento esperado	,3	,9	3,7	17,0	12,1	34,0
Moderada mente	Recuento	0	0	3	15	9	27
	Recuento esperado	,2	,7	2,9	13,5	9,6	27,0
Bien	Recuento	0	1	1	7	7	16
	Recuento esperado	,1	,4	1,7	8,0	5,7	16,0
Muy bien	Recuento	1	0	0	1	1	3
	Recuento esperado	,0	,1	,3	1,5	1,1	3,0
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110
	Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,578 ^a	16	,000
Raz3n de verosimilitud	15,590	16	,482
Asociaci3n lineal por lineal	,037	1	,847
N de casos v3lidos	110		

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es .03.

Medidas sim3tricas

		Valor	Significaci3n aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,528	,000

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible dedicarse a sus aficiones o pasatiempos? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 42.578, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.528, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible animarse para hacer cosas? (1) *
¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
<u>(1)</u>	Nada en absoluto	Recuento	4	1	1	2	2	10
	Recuento esperado		,9	2,6	3,9	2,1	,5	10,0
Malamente	Recuento	3	10	11	5	0	29	
	Recuento esperado	2,6	7,6	11,3	6,1	1,3	29,0	
Moderadamente	Recuento	2	16	12	5	1	36	
	Recuento esperado	3,3	9,5	14,1	7,5	1,6	36,0	
Bien	Recuento	1	2	16	10	1	30	
	Recuento esperado	2,7	7,9	11,7	6,3	1,4	30,0	
Muy bien	Recuento	0	0	3	1	1	5	
	Recuento esperado	,5	1,3	2,0	1,0	,2	5,0	
Total		Recuento	10	29	43	23	5	110

Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0
----------------------	------	------	------	------	-----	-------

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,937 ^a	16	,000
Raz3n de verosimilitud	38,919	16	,001
Asociaci3n lineal por lineal	7,408	1	,006
N de casos v3lidos	110		

a. 16 casillas (64.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es .23.

Medidas sim3tricas

		Valor	Significaci3n aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,525	,000
N de casos v3lidos		110	

Del an3lisis de estas dos variables, se concluye que existe una relaci3n estad3sticamente significativa entre la variable: ¿Durante los 3ltimos 7 d3as, le fue posible animarse para hacer cosas? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qu3 medida considera que usted cuenta con el personal m3dico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atenci3n. Con una Chi cuadrada= 41.937, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$.

Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.525, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible olvidarse de sus preocupaciones y miedos? (1) * ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2)

Tabla cruzada

		(2)						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
(1)	Nada en absoluto	Recuento	0	1	1	10	6	18
	Recuento esperado	,2	,5	2,0	9,0	6,4	18,0	
Malamente	Recuento	0	1	4	17	10	32	
	Recuento esperado	,3	,9	3,5	16,0	11,3	32,0	
Moderadamente	Recuento	0	1	5	16	14	36	
	Recuento esperado	,3	1,0	3,9	18,0	12,8	36,0	
Bien	Recuento	0	0	2	12	7	21	
	Recuento esperado	,2	,6	2,3	10,5	7,4	21,0	
Muy bien	Recuento	1	0	0	0	2	3	
	Recuento esperado	,0	,1	,3	1,5	1,1	3,0	
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110	
	Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,336 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	15,137	16	,515
Asociación lineal por lineal	,001	1	,974
N de casos válidos	110		

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,523	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible olvidarse de sus preocupaciones y miedos? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 41.336, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.523, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible comer con apetito? (1) * ¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución? (2)

Tabla cruzada

		(2)					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
(1) Nada en absoluto	Recuento	0	1	1	0	0	2
	Recuento esperado	,0	,0	,4	1,1	,4	2,0
Malamente	Recuento	1	0	3	7	3	14
	Recuento esperado	,3	,3	2,9	7,5	3,1	14,0
Moderadamente	Recuento	0	0	5	12	9	26
	Recuento esperado	,5	,5	5,4	13,9	5,7	26,0
Bien	Recuento	1	1	10	23	9	44
	Recuento esperado	,8	,8	9,2	23,6	9,6	44,0
Muy bien	Recuento	0	0	4	17	3	24
	Recuento esperado	,4	,4	5,0	12,9	5,2	24,0
Total	Recuento	2	2	23	59	24	110
	Recuento esperado	2,0	2,0	23,0	59,0	24,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,150 ^a	16	,002
Razón de verosimilitud	18,543	16	,293
Asociación lineal por lineal	,669	1	,413

N de casos válidos	110		
--------------------	-----	--	--

a. 15 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .04.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,502	,002
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible comer con apetito? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 37.150, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.502, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible disfrutar con algo o alegrarse por algo? (1) * ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2)

Tabla cruzada

		(2)					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
(1) Nada en absoluto	Recuento	0	0	1	2	0	3
	Recuento esperado	,0	,1	,3	1,5	1,1	3,0
Malamente	Recuento	0	3	0	4	2	9
	Recuento esperado	,1	,2	1,0	4,5	3,2	9,0

Moderada mente	Recuento	0	0	4	15	11	30
	Recuento esperado	,3	,8	3,3	15,0	10,6	30,0
Bien	Recuento	0	0	3	20	17	40
	Recuento esperado	,4	1,1	4,4	20,0	14,2	40,0
Muy bien	Recuento	1	0	4	14	9	28
	Recuento esperado	,3	,8	3,1	14,0	9,9	28,0
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110
	Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,230 ^a	16	,000
Raz3n de verosimilitud	24,981	16	,070
Asociaci3n lineal por lineal	1,608	1	,205
N de casos v3lidos	110		

a. 19 casillas (76.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es .03.

Medidas sim3tricas

		Valor	Significaci3n aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,527	,000
N de casos v3lidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible disfrutar con algo o alegrarse por algo? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 42.230, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.527, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener contacto con amigos o conocidos? (1) * ¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
(1) Nada en absoluto	Recuento	4	5	0	0	1	10
	Recuento esperado	,7	3,4	3,8	1,6	,5	10,0
Malamente	Recuento	2	16	9	3	1	31
	Recuento esperado	2,3	10,4	11,8	5,1	1,4	31,0
Moderadamente	Recuento	1	9	12	7	1	30
	Recuento esperado	2,2	10,1	11,5	4,9	1,4	30,0
Bien	Recuento	1	6	16	4	1	28
	Recuento esperado	2,0	9,4	10,7	4,6	1,3	28,0
Muy bien	Recuento	0	1	5	4	1	11
	Recuento esperado	,8	3,7	4,2	1,8	,5	11,0
Total	Recuento	8	37	42	18	5	110
	Recuento esperado	8,0	37,0	42,0	18,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,705 ^a	16	,001
Razón de verosimilitud	36,878	16	,002
Asociación lineal por lineal	15,082	1	,000
N de casos válidos	110		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .45.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,510	,001
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible mantener contacto con amigos o conocidos? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 38.705, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.510, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás?
 (1) * ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2).

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
(1)	Nada en absoluto	Recuento	0	2	0	3	0	5
		Recuento esperado	,0	,1	,5	2,5	1,8	5,0
Malamente	Recuento	0	0	3	9	5	17	
	Recuento esperado	,2	,5	1,9	8,5	6,0	17,0	
Moderadamente	Recuento	0	0	6	14	11	31	
	Recuento esperado	,3	,8	3,4	15,5	11,0	31,0	
Bien	Recuento	0	1	3	25	17	46	
	Recuento esperado	,4	1,3	5,0	23,0	16,3	46,0	
Muy bien	Recuento	1	0	0	4	6	11	
	Recuento esperado	,1	,3	1,2	5,5	3,9	11,0	
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110	
	Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,387 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	27,197	16	,039
Asociación lineal por lineal	4,224	1	,040

N de casos válidos	110		
--------------------	-----	--	--

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,540	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 45.387, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.540, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás? (1) * ¿En qué medida considera que usted brinda atención médica centrándose en las necesidades específicas de cada paciente? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>				Total
		Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	
<u>(1)</u> Nada en absoluto	Recuento	1	1	3	0	5
	Recuento esperado	,0	,7	2,6	1,6	5,0
Malamente	Recuento	0	7	5	5	17
	Recuento esperado	,2	2,5	9,0	5,4	17,0
Recuento		0	6	16	9	31

Moderadamente	Recuento	,3	4,5	16,3	9,9	31,0
	esperado					
Bien	Recuento	0	2	28	16	46
	esperado	,4	6,7	24,3	14,6	46,0
Muy bien	Recuento	0	0	6	5	11
	esperado	,1	1,6	5,8	3,5	11,0
Total	Recuento	1	16	58	35	110
	esperado	1,0	16,0	58,0	35,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,636 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	26,669	12	,009
Asociación lineal por lineal	12,270	1	,000
N de casos válidos	110		

a. 12 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .05.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,515	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible ayudar y/o dar ánimo a los demás? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted brinda atención médica centrándose en las necesidades específicas de cada paciente? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 39.636, 12 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.515, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible contar a otros lo que le preocupa? (1) * ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2).

Tabla cruzada

		(2)						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
(1)	Nada en absoluto	Recuento	0	2	1	5	0	8
	Recuento esperado	,1	,2	,9	4,0	2,8	8,0	
Malamente	Recuento	0	0	4	14	8	26	
	Recuento esperado	,2	,7	2,8	13,0	9,2	26,0	
Moderadamente	Recuento	0	1	4	17	10	32	
	Recuento esperado	,3	,9	3,5	16,0	11,3	32,0	
Bien	Recuento	0	0	3	16	18	37	
	Recuento esperado	,3	1,0	4,0	18,5	13,1	37,0	
Muy bien	Recuento	1	0	0	3	3	7	
	Recuento esperado	,1	,2	,8	3,5	2,5	7,0	
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110	

Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0
----------------------	-----	-----	------	------	------	-------

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,674 ^a	16	,001
Razón de verosimilitud	25,506	16	,061
Asociación lineal por lineal	4,923	1	,027
N de casos válidos	110		

a. 19 casillas (76.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .06.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,510	,001
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible contar a otros lo que le preocupa? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 38.674, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.510, $p < 0.05$).

¿Durante los últimos 7 días, le fue posible luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades? (1)* ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
(1)	Nada en absoluto	Recuento	2	1	2	0	2	7
		Recuento esperado	,6	1,8	2,7	1,5	,3	7,0
Malamente		Recuento	2	9	5	6	0	22
		Recuento esperado	2,0	5,8	8,6	4,6	1,0	22,0
Moderadamente		Recuento	3	15	12	8	0	38
		Recuento esperado	3,5	10,0	14,9	7,9	1,7	38,0
Bien		Recuento	2	4	22	4	1	33
		Recuento esperado	3,0	8,7	12,9	6,9	1,5	33,0
Muy bien		Recuento	1	0	2	5	2	10
		Recuento esperado	,9	2,6	3,9	2,1	,5	10,0
Total		Recuento	10	29	43	23	5	110
		Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,930 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	44,011	16	,000
Asociación lineal por lineal	4,549	1	,033

N de casos válidos	110		
--------------------	-----	--	--

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .32.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,547	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: ¿Durante los últimos 7 días, le fue posible luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 46.930, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.547, $p < 0.05$).

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido atento y concentrado? (1) * ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? (2)

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
<u>(1)</u> Nada en absoluto	Recuento	0	0	2	0	1	3
	Recuento esperado	,3	,8	1,2	,6	,1	3,0
Un poco	Recuento	6	8	8	10	0	32
	Recuento esperado	2,9	8,4	12,5	6,7	1,5	32,0

Moderadamente	Recuento	4	20	18	7	1	50
	Recuento esperado	4,5	13,2	19,5	10,5	2,3	50,0
Mucho	Recuento	0	1	14	6	2	23
	Recuento esperado	2,1	6,1	9,0	4,8	1,0	23,0
Muchísimo	Recuento	0	0	1	0	1	2
	Recuento esperado	,2	,5	,8	,4	,1	2,0
Total	Recuento	10	29	43	23	5	110
	Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,892 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	39,605	16	,001
Asociación lineal por lineal	4,072	1	,044
N de casos válidos	110		

a. 17 casillas (68.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .09.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,525	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido atento y concentrado? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 41.892, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.525, $p < 0.05$).

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor? (1) * ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2).

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
(1)	Nada en absoluto	Recuento	0	0	1	2	0	3
	Recuento esperado		,0	,1	,3	1,5	1,1	3,0
	Un poco	Recuento	0	2	1	11	1	15
	Recuento esperado		,1	,4	1,6	7,5	5,3	15,0
	Moderadamente	Recuento	0	1	9	26	17	53
	Recuento esperado		,5	1,4	5,8	26,5	18,8	53,0
	Mucho	Recuento	0	0	1	16	18	35
	Recuento esperado		,3	1,0	3,8	17,5	12,4	35,0
	Muchísimo	Recuento	1	0	0	0	3	4
	Recuento esperado		,0	,1	,4	2,0	1,4	4,0
Total		Recuento	1	3	12	55	39	110

Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0
----------------------	-----	-----	------	------	------	-------

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,869 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	35,630	16	,003
Asociación lineal por lineal	8,072	1	,004
N de casos válidos	110		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,570	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 52.869, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.570, $p < 0.05$).

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor?
 (1) * ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? (2)

Tabla cruzada

		(2)					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
(1) Nada en absoluto	Recuento	0	0	3	0	0	3
	Recuento esperado	,3	,8	1,2	,6	,1	3,0
Un poco	Recuento	3	7	1	3	1	15
	Recuento esperado	1,4	4,0	5,9	3,1	,7	15,0
Moderadamente	Recuento	7	18	17	10	1	53
	Recuento esperado	4,8	14,0	20,7	11,1	2,4	53,0
Mucho	Recuento	0	4	20	10	1	35
	Recuento esperado	3,2	9,2	13,7	7,3	1,6	35,0
Muchísimo	Recuento	0	0	2	0	2	4
	Recuento esperado	,4	1,1	1,6	,8	,2	4,0
Total	Recuento	10	29	43	23	5	110
	Recuento esperado	10,0	29,0	43,0	23,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,739 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	43,523	16	,000

Asociación lineal por lineal	9,991	1	,002
N de casos válidos	110		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .14.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,550	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido feliz y de buen humor? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 47.739, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.550, $p < 0.05$).

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tranquilo y relajado? (1)
*** ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2)**

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
<u>(1)</u>	Recuento	0	0	1	14	3	18

Nada en absoluto	Recuento	,2	,5	2,0	9,0	6,4	18,0
	esperado						
Un poco	Recuento	0	2	8	16	14	40
	Recuento esperado	,4	1,1	4,4	20,0	14,2	40,0
Moderadamente	Recuento	0	1	3	18	16	38
	Recuento esperado	,3	1,0	4,1	19,0	13,5	38,0
Mucho	Recuento	0	0	0	7	5	12
	Recuento esperado	,1	,3	1,3	6,0	4,3	12,0
Muchísimo	Recuento	1	0	0	0	1	2
	Recuento esperado	,0	,1	,2	1,0	,7	2,0
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110
	Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,294 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	25,132	16	,068
Asociación lineal por lineal	,369	1	,543
N de casos válidos	110		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

Medidas simétricas

		Valor	Significación n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,619	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido tranquilo y relajado? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 68.294, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.619, $p < 0.05$).

**En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cansado y débil? (1) *
¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? (2)**

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>					Total
		Nada en absolut o	Un poco	Moderadament e	Much o	Muchísimo	
<u>(1)</u> Nada en absoluto	Recuento	1	0	0	1	1	3
	Recuento esperado	,0	,1	,3	1,5	1,1	3,0
Un poco	Recuento	0	0	3	15	11	29
	Recuento esperado	,3	,8	3,2	14,5	10,3	29,0
Moderad amente	Recuento	0	3	3	13	18	37
	Recuento esperado	,3	1,0	4,0	18,5	13,1	37,0
Mucho	Recuento	0	0	4	23	6	33

	Recuento esperado	,3	,9	3,6	16,5	11,7	33,0
Muchísimo	Recuento	0	0	2	3	3	8
	Recuento esperado	,1	,2	,9	4,0	2,8	8,0
Total	Recuento	1	3	12	55	39	110
	Recuento esperado	1,0	3,0	12,0	55,0	39,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,975 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	25,461	16	,062
Asociación lineal por lineal	,079	1	,778
N de casos válidos	110		

a. 19 casillas (76.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .03.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,570	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido cansado y débil? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario? Que mide calidad de la atención. Con

una Chi cuadrada= 52.975, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.570, $p < 0.05$).

**En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido enfadado e irritado? (1) *
¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución? (2).**

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
<u>(1)</u>	Nada en absoluto	Recuento	1	0	1	7	6	15
	Recuento esperado	,3	,3	3,1	8,0	3,3	15,0	
Un poco	Recuento	0	0	6	17	10	33	
	Recuento esperado	,6	,6	6,9	17,7	7,2	33,0	
Moderadamente	Recuento	0	0	7	19	7	33	
	Recuento esperado	,6	,6	6,9	17,7	7,2	33,0	
Mucho	Recuento	0	1	8	15	1	25	
	Recuento esperado	,5	,5	5,2	13,4	5,5	25,0	
Muchísimo	Recuento	1	1	1	1	0	4	
	Recuento esperado	,1	,1	,8	2,1	,9	4,0	
Total	Recuento	2	2	23	59	24	110	
	Recuento esperado	2,0	2,0	23,0	59,0	24,0	110,0	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,381 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	29,330	16	,022
Asociación lineal por lineal	11,861	1	,001
N de casos válidos	110		

a. 15 casillas (60.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .07.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,523	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido enfadado e irritado? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 41.381, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.523, $p < 0.05$).

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza? (1) * ¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución? (2).

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>						
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total	
(1)	Nada en absoluto	Recuento	2	0	9	33	18	62
		Recuento esperado	1,1	1,1	13,0	33,3	13,5	62,0
	Un poco	Recuento	0	0	4	17	3	24
		Recuento esperado	,4	,4	5,0	12,9	5,2	24,0
	Moderadamente	Recuento	0	1	7	5	3	16
		Recuento esperado	,3	,3	3,3	8,6	3,5	16,0
	Mucho	Recuento	0	0	3	3	0	6
		Recuento esperado	,1	,1	1,3	3,2	1,3	6,0
	Muchísimo	Recuento	0	1	0	1	0	2
		Recuento esperado	,0	,0	,4	1,1	,4	2,0
Total		Recuento	2	2	23	59	24	110
		Recuento esperado	2,0	2,0	23,0	59,0	24,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,832 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	27,593	16	,035

Asociación lineal por lineal	7,249	1	,007
N de casos válidos	110		

a. 18 casillas (72.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .04.

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,542	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 45.832, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.542, $p < 0.05$).

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos? (1) * ¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria? (2).

Tabla cruzada

		<u>(2)</u>					
		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	Total
<u>(1)</u>	Recuento	3	1	0	0	0	4

Nada en absoluto	Recuento	,3	1,3	1,5	,7	,2	4,0
	esperado						
Un poco	Recuento	3	8	2	4	0	17
	esperado	1,2	5,7	6,5	2,8	,8	17,0
Moderadamente	Recuento	0	12	13	2	1	28
	esperado	2,0	9,4	10,7	4,6	1,3	28,0
Mucho	Recuento	1	11	18	9	2	41
	esperado	3,0	13,8	15,7	6,7	1,9	41,0
Muchísimo	Recuento	1	5	9	3	2	20
	esperado	1,5	6,7	7,6	3,3	,9	20,0
Total	Recuento	8	37	42	18	5	110
	esperado	8,0	37,0	42,0	18,0	5,0	110,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,463 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	34,704	16	,004
Asociación lineal por lineal	11,564	1	,001
N de casos válidos	110		

a. 16 casillas (64.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .18.

Medidas simétricas

		Valor	Significació n aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,541	,000
N de casos válidos		110	

Del análisis de estas dos variables, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la variable: En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos? Que mide calidad de vida y la variable: ¿En qué medida considera que usted dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria? Que mide calidad de la atención. Con una Chi cuadrada= 45.463, 16 grados de libertad y con un nivel de significancia $p < 0.05$. Asimismo, esta relación es alta y directamente proporcional (coeficiente de contingencia= 0.541, $p < 0.05$).

5. CONCLUSIONES

Al final de la realización del trabajo se concluye que se lograron los objetivos de la investigación, ya que la obtención y el análisis de los resultados permitió visualizar la calidad de vida de los médicos residentes participantes y cómo ésta se relaciona con la calidad de la atención que se brinda.

Con 110 encuestas realizadas a médicos residentes de diversas especialidades mediante la herramienta de Formularios de Google, se obtuvo respuesta de 100 por ciento. La mayoría (85%) de los participantes se encontraban entre los 26 a 30 años, el 60% fueron mujeres, la institución donde más respondieron fue Secretaría de Salud (SSA) Federal.

En cuanto a la distribución de especialidades, la especialidad que tuvo mayor participación fue Psiquiatría con el 22%, seguida de Medicina Interna con 17.3% y Anestesiología con 8.2%. Cirugía General con 4.5%, Urgencias 2.7% Traumatología y Ortopedia con 7.3% y Ginecología y Obstetricia con 1.8%. A pesar de que hubo menos participación por parte de las especialidades quirúrgicas y críticas, pudo evidenciarse la existencia de relación positiva entre calidad de vida de los médicos y la calidad de la atención médica que brindan a sus pacientes; tal como se ha evidenciado en la literatura, en especial en especialidades quirúrgicas y críticas, donde la Seguridad del Paciente se encuentra más en riesgo por la naturaleza de las intervenciones.

Es importante mencionar los hallazgos de algunos síntomas de Depresión que presentan algunos médicos residentes, y los cambios que han tenido relacionados a las jornadas extenuantes de trabajo.

Este trabajo añade una evidencia más de lo importante que es regular la vida laboral de los médicos residentes en México, ya que existe realmente poca evidencia al respecto sobre los efectos de las jornadas laborales extenuantes más todas las demás variables añadidas a los años de preparación académica por los que pasa

un médico mexicano para realizar su especialidad médica. Resulta imprescindible tomar en cuenta, como lo señalan diversos autores consultados en la investigación, si no todos, al menos algunos de los aspectos que envuelven el adecuado desarrollo psicológico y de calidad de vida de una persona. Tomando en cuenta que, efectivamente, los médicos antes de serlo, son personas.

Existe acuerdo en la consideración de que los hospitales deben observarse y administrarse como lo que son: Organizaciones; donde coexisten diversos tipos de trabajadores de la salud: Médicos, Enfermero(a)s, Químicos, Administrativos, Personal de limpieza, entre otros. Y que por supuesto, debiera tener peso la procuración de un buen ambiente laboral entre todos estos actores; y entre todos ellos, los trabajadores que más carga de trabajo tienen: los médicos residentes. Los cuales necesitan como toda persona, un aceptable cuidado físico y emocional.

Asimismo, un aspecto además agregado para el cuidado del bienestar de los médicos, es que precisamente éste influye directamente en el cuidado de la Calidad de la Atención Médica, relacionada a su vez con la Seguridad de la Atención de Pacientes, ya que como lo señalan algunas investigaciones, el mal estado general de los médicos: ya sea físico o emocional, se relaciona con la aparición de Eventos Adversos en los Hospitales, dicho de otro modo, se relacionan directamente con errores médicos y complicaciones o fallecimiento de pacientes.

Este trabajo, es entonces, como se mencionó anteriormente, una evidencia más a la relativamente poca evidencia que existe en México de la necesidad de regular la vida laboral de los médicos en formación, ya que, de manera económica, las complicaciones que derivan del cansancio de los médicos representan un costo añadido a los recursos destinados a la salud.

Se espera que esta investigación sea la base para el desarrollo de investigaciones dirigidas a evaluar los demás aspectos que influyen en la Calidad de la atención médica que se brinda a la población en general en el Sistema Público Mexicano de

Salud, para de esta forma, contribuir al mejoramiento del Sistema y llegar a ser uno de los pioneros en el Cuidado de Salud y la Calidad de la Atención Médica a nivel internacional.

6. REFERENCIAS

- Aguirre-Gas, H. (1997). Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 35(4), 257-264. Recuperado el Julio de 2017
- Aranaz, J., & Moya, C. (2011). Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rvista de Calidad Asistencial*, 331-332.
- Arias, C. F. (2011). Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes. Consecuencias para la salud y afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 205-217. Recuperado el Agosto de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18426920008.pdf>
- Association of American Medical Colleges. (Enero de 2003). AAMC policy guidance on graduate medical education: assuring quality patient care and quality education. *Academic Medicine*, 78(1), 112-116.
- Ayas, Barger, Cade, Hashimoto, Rosner, & Cronin. (2006). Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA*, 296(9), 1055-62. Recuperado el Junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954484#>
- Barger, L., Cade, B., Ayas, N., Cronin, J., & Rosner, B. (2005). Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns. *The New England Journal of Medicine*, 352(2), 125-134. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15647575>
- Britt, Sachdeva, Healy, Whalen, & Blair. (2009). Resident duty hours in surgery for ensuring patient safety, providing optimum resident education and training, and promoting resident well-being: A response from the American College of Surgeons to the Report of the Institute of Medicine. *Surgery*, 146(3), 398-409. Recuperado el diciembre de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715795>
- Cámara de Diputados. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas. México. Recuperado el Junio de 2017
- Cámara de Diputados. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 En Materia de información en salud. México. Recuperado el Julio de 2017
- Cámara de Diputados. (2015). *Ley Federal del Trabajo*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Cardona, D., & Byron, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90. Recuperado el Abril de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008
- Chertorivski Woldenberg, S., & Fajardo Dolci, G. (2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación? *Gaceta Médica de México*, 148(6), 502-508. Recuperado el Junio de 2017, de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39108>
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (Julio de 2015). *Seguridad del paciente*. Recuperado el Febrero de 2017, de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dsp-sp_00.html

- García, Menéndez, & Ryan. (2005). Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Archivos de Medicina*, 1(1), 2-15. Obtenido de <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/efecto-subjetivo-de-las-guardias-sobre-salud-calidad-de-vida-y-calidad-asistencial-de-los-mdicos-residentes-de-espaa.pdf>
- Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-233. Recuperado el Enero de 2017, de <http://scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Grau, & González. (1997). . Ética, calidad de vida y psicología de la salud. *Ponencia del IV Congreso Nacional de Psicología en Santiago de Chile*. Chile .
- Graue-Wiechers, E. (2012). El papel de las instituciones educativas en la transformación del sistema de salud en México. *Gaceta Médica de México*, 148(6), 572-579. Recuperado el Diciembre de 2017, de https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n6/GMM_148_2012_6_572-579.pdf
- Gutiérrez-Vega, R., & Carrillo, F. J. (2011). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente; un compromiso impostergable. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(2), 59-60. Recuperado el Marzo de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-calidad-atencion-medica-seguridad-del-X1665920111240717>
- Hemmati, A., & Chung, K. S. (2016). Quality of life: a social network's perspective. *Social Network Analysis and Mining*, 6(96), 572-579. Recuperado el Noviembre de 2017, de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13278-016-0393-2>
- Ilda Amirian, J. F. (2014). Admission medical records made at night time have the same quality as day and evening time records. *Danish Medical Journal*, 61(7), 1-5. Recuperado el 12 de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25123118>
- Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. (2015). *Contrato Colectivo de Trabajo*. México: IMSS.
- Kort, K., Pavone, L., Jensen, E., Haque, E., Newman, N., & Kittur, D. (2004). Resident perceptions of the impact of work-hour restrictions on health care delivery and surgical education: Time for transformational change. *Surgery*, 136(4), 861-871. Recuperado el Septiembre de 2017, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039606004004180>
- Maldonado, C. (2000). Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de la vida. En H. Maturana, *Bioética. La calidad de vida en el Siglo XXI* (págs. 41-64). Bogotá : Kimpres Ltda.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1996). *La calidad de vida*. Oxford: Fondo de Cultura económica. Recuperado el Febrero de 2017
- Pinzón, C. E. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Educación y Práctica de la Medicina*, 33(1), 33-41. Recuperado el Febrero de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7.pdf>
- Razo-González, A., Díaz-Castillo, R., Morales-Rossell, R., & Cerda-Barceló, R. (2014). Metaanálisis del concepto de calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: sentido de vida. *Revista CONAMED*, 19(4), 149-156. Recuperado el Marzo de 2017, de <http://dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/4wb.pdf>

- Sarmiento, P. J., & Parra-Chico, A. (2015). Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *Persona y bioética*, 19(2), 290-302. Recuperado el Enero de 2017, de <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/4320/html>
- Schwartzmann, L. (2003). Health-related quality of life: Conceptual Aspects. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21. Recuperado el Febrero de 2017, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Secín-Diep, R., & Rodríguez-Weber, F. (2016). Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado. *Medicina Interna de México*, 32(1), 33-40. Recuperado el Marzo de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim161g.pdf>
- Secretaría de Salud. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. México: Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Recuperado el Enero de 2017, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). Boletín de Información Estadística. México, Ciudad de México, México. Recuperado el Julio de 2017, de Dirección General de Información en Salud: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie_gobmx.html
- Shojania, K., Duncan, B., McDonald, K., & Wachter, R. (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. San Francisco: Agency for Healthcare Research and Quality. Recuperado el Junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26966/>
- Temes Montes, J. L., & Mengíbar Torres, M. (2011). *Gestión hospitalaria* (Quinta ed.). España: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado el Diciembre de 2017
- Varo, J. (1993). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria* (Primera ed.). Madrid : Ediciones Díaz de Santos, S.A. Recuperado el 04 de 2017, de https://books.google.com.mx/books?id=gtvXJ_yogIYC&pg=PA3&dq=calidad+en+los+servicios+de+salud&lr=&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=4#v=onepage&q=calidad%20en%20los%20servicios%20de%20salud&f=false
- Velarde, E., & Avila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349- 361. Recuperado el Septiembre de 2017, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Velásquez-Pérez, L., Colin-Piana, R., & González-González, M. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, 149, 183-195. Recuperado el Septiembre de 2017, de https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n2/GMM_149_2013_2_183-195.pdf
- Williams, G. (2015). Calidad de los servicios de salud. *Programa Nacional de Garantía de Calidad*, (págs. 1-13). Buenos Aires. Recuperado el Julio de 2017, de <https://www.yumpu.com/es/document/view/14844423/calidad-de-los-servicios-de-salud>

Bibliografía

- Ayas, Barger, Cade, Hashimoto, Rosner, & Cronin. (2006). Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA*, 296(9), 1055-62. Recuperado el Junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954484#>
- Britt, Sachdeva, Healy, Whalen, & Blair. (2009). Resident duty hours in surgery for ensuring patient safety, providing optimum resident education and training, and promoting resident well-being: A response from the American College of Surgeons to the Report of the Institute of Medicine. *Surgery*, 146(3), 398-409. Recuperado el diciembre de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715795>
- Butterfield, P. (1988). The stress of residency. A review of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 148(6), 1428-35. Recuperado el Diciembre de 2016, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3288162>
- Buyse, D., Barzansky, B., Dinges, D., Hogan, E., Hunt, C., Owens, J., . . . Wiest, F. (2003). Sleep, fatigue, and medical training: setting an agenda for optimal learning and patient care. *Sleep*, 26(2), 218-225. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12683483>
- Eastridge, Hamilton, O'Keefe, Rege, Valentine, Jones, . . . Thal. (2003). Effect of sleep deprivation on the performance of simulated laparoscopic surgical skill. *The American Journal of Surgery*, 186(2), 169-74. Recuperado el Junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12885613>
- Ferguson, Kellogg, Hutter, & Warshaw. (2005). Effect of work-hour reforms on operative case volume of surgical residents. *Current Surgery Reports*, 65(5), 535-8. Recuperado el Junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16125616>
- Halbach, Spann, & Egan. (2003). Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: A prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 188(5), 1198-201. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748477>
- Howard, Gaba, Rosekind, & Zarcone. (2002). The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academic Medicine*, 77(10), 1019-25. Recuperado el Octubre de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377678>
- Hutter, Kellogg, Ferguson, Abbott, & Warshaw. (2006). The impact of the 80-hour resident workweek on surgical residents and attending surgeons. *Annals of Surgery*, 243(6), 864-71. Recuperado el Julio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16772790>
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. *National Academies Press (US)*, 312. Recuperado el Diciembre de 2016, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
- Kort, Pavone, Jensen, Haque, Newman, & Kittur. (2004). Resident perceptions of the impact of work-hour restrictions on health care delivery and surgical education:

- time for transformational change. *Surgery*, 136(4), 861-71. Recuperado el Enero de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15467673>
- Landrigan, Rothschild, Cronin, Kaushal, Burdick, Katz, . . . Czeisler. (2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *The New England Journal of Medicine*, 351(18), 1838-48. Recuperado el Junio de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15509817>
- Lockley, Cronin, Evans, Cade, Lee, Landrigan, . . . Czeisler. (2004). Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *The New England Journal of Medicine*, 351(18), 1829-37. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15509816>
- Owens. (2001). Sleep loss and fatigue in medical training. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 7(6), 411-8. Recuperado el Enero de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11706318>
- Prieto-Miranda, Jiménez-Bernardino, Cázares-Ramírez, Vera-Haro, & Esparza-Pérez. (2015). Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interna de México*, 31, 669-679. Recuperado el Junio de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156e.pdf>
- Schneider, Coyle, Ryan, Bell, & DaRosa. (2007). Implementation and evaluation of a new surgical residency model. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(3), 393-404. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17765154>
- Shetty, & Bhattacharya. (2007). Changes in hospital mortality associated with residency work-hour regulations. *Annals of Internal Medicine*, 147(2), 73-80. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17548403>
- Ulmer, C., Miller Wolman, D., & Johns, M. (2009). Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety. *Institute of Medicine (US) Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedule to Improve Patient Safety*. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK214948/>
- Veasey, Rosen, Barzansky, Rosen, & Owens. (2002). Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *JAMA*, 288(9), 1116-24. Recuperado el Noviembre de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12204082>
- Weinger, & Ancoli-Israel. (2002). Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA*, 287(8), 955-7. Recuperado el Agosto de 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866625>

7. ANEXOS

Perfil de Calidad de vida de enfermos crónicos (PECVEC)

Código N°:

Estimado Doctor:

Por favor, conteste **todas** las preguntas del modo en que mejor describan sus sentimientos personales. Asegúrese de que contesta todas las cuestiones. Por favor, elija a menos que se indique lo contrario, **solamente una** respuesta y márkela con una

cruz (X). Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada (no haga cruces entre dos números).

Las preguntas tienen el siguiente formato:

Por ejemplo:

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

Si no se indica lo contrario, sus respuestas se referirán **SIEMPRE A LOS ULTIMOS 7 DIAS**.

Por supuesto, sus respuestas serán tratadas **confidencialmente, sin citar nunca su nombre.**

Su número de código solo lo conocerá su médico.

¡Muchas gracias por su colaboración!

¿Durante los últimos 7 días, en qué medida encontró...

disminuida su capacidad física, su vitalidad o su rendimiento?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo...

cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------------------	-----------	---------------	------	----------

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

realizar trabajo físico intenso, en caso necesario?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

mantener la concentración durante todo el día?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

dedicarse a sus aficiones?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

animarse para hacer cosas?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
------------------	-----------	---------------	------	----------

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

(Plantilla 1)

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo...

desconectar y relajarse?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

comer con apetito?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

dormir por la noche?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

disfrutar con algo o alegrarse por algo?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

interesarse por algo?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

mantener contacto con amigos o conocidos?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

(Plantilla 2)

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo...

ayudar y/o dar ánimo a los demás?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

contar a otros lo que le preocupa?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

interesarse por las preocupaciones de los demás?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

hacer algo con otras personas? (p.e. deporte, juegos, excursiones, etc.)

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

hacer por sentirse mejor?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

(Plantilla 3)

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido..

triste y deprimido?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

atento y concentrado?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

tenso y nervioso?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

feliz y de buen humor?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

apático e indiferente?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

preocupado e intranquilo?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

activo y lleno de energía?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

(Plantilla 4)

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido...

tranquilo y relajado?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

cansado y débil?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

enfadado e irritado?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

asustado y amenazado?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

desesperado y sin esperanza?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

esperanzado y optimista?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

solo, incluso en compañía de otros?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

En los últimos 7 días: ¿En qué medida se ha sentido...

cercano a una persona de su confianza?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

En los últimos 7 días: ¿En qué medida tuvo...

la impresión de ser rechazado por los demás?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

la sensación de ser comprendido y tomado en serio?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

la sensación de que se cansa físicamente enseguida?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

(Plantilla 6)

¿Hay personas en su familia o círculo de amigos que son importantes para su Vida y con cuya ayuda puede contar realmente?

- No, ninguna.
- Sí, una persona.
- Sí, varias personas.

En los últimos 6 meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida?
(por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, abandono de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, jubilación del compañero/a, separación).

No

Sí, por favor, especifique cual

En los últimos 7 días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera significativamente en su sensación de bienestar? (por ejemplo, disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.)

No

Sí, por favor especifique cual

Es conocido que algunas enfermedades y/o medicamentos pueden influir en la sexualidad de los pacientes.

¿Ha tenido cambios o deterioro en su sexualidad?

(puede marcar más de una respuesta)

No, ningún cambio ni disminución.

No

()

completo

Cuestionario de Calidad de la atención médica

Estimado Doctor:

Por favor, conteste **todas** las preguntas del modo en que mejor describan sus sentimientos personales. Asegúrese de que contesta todas las cuestiones. Por favor, elija a menos que se indique lo contrario, **solamente una** respuesta y márkela con una

cruz (X). Si duda entre dos respuestas, marque aquella que según su criterio es la más adecuada (no haga cruces entre dos números).

Las preguntas tienen el siguiente formato:

Por ejemplo:

¿Durante los últimos 7 días, cómo pudo cumplir las exigencias de su trabajo o de sus tareas caseras?

Nada en absoluto	Malamente	Moderadamente	Bien	Muy Bien
0	1	2	3	4

Si no se indica lo contrario, sus respuestas se referirán **SIEMPRE A LOS ULTIMOS 7 DIAS**.

Por supuesto, sus respuestas serán tratadas **confidencialmente, sin citar nunca su nombre**.

Su número de código solo lo conocerá su médico.

¡Muchas gracias por su colaboración!

En qué medida considera usted...

asume la responsabilidad de la Seguridad del Paciente como parte de su quehacer diario??

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

brinda atención médica centrándose en las necesidades específicas de cada paciente?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

respeto los derechos de los pacientes y propicia su participación en la atención?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

cuenta con el personal médico suficiente para las actividades diarias del hospital?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

cuenta con las competencias necesarias para su quehacer diario?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

lleva a cabo el proceso de atención médica de manera estandarizada, uniforme y con criterios de seguridad?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

dispone de espacios, insumos, equipo e instrumental adecuado para su práctica diaria?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

promueve la mejora de la calidad en la atención médica y seguridad de los pacientes?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

trata de desarrollar un ambiente de seguridad y satisfacción con el personal que labora en su institución?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

podría brindar atención médica, de forma planificada y efectiva, durante y después de una emergencia y/o desastre?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

posee una cultura de seguridad de los pacientes, donde la máxima hipocrática de “Primero no dañar” es su prioridad?

Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

¿Cómo es su relación médico- paciente?

Pésima	Regular	Adecuada	Buena	Excelente
0	1	2	3	4

¿Existe trato humano de usted con los pacientes?

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4

