

Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en un Servicio de Cirugía General de segundo nivel

Satisfaction of patients with the care received at a second level health care General Surgery Service

Dr. César Gutiérrez Samperio, Dr. Alfredo Cholula Guasco, M.C. Dra. Minerva Escartín Chávez

Resumen

Objetivo: Conocer la satisfacción de los pacientes por la atención recibida en un servicio de cirugía general de segundo nivel.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención.

Diseño: Estudio transversal, prospectivo, analítico.

Análisis estadístico: Frecuencia porcentual, promedio, desviación estándar; en las variables categóricas, se utilizó chi cuadrada.

Material y métodos: Se aplicó en forma ciega un cuestionario estructurado con 51 ítems, al egreso de 263 pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de SESEQ, entre enero 1 y junio 30 de 2005; se eliminaron 87 por respuestas incompletas.

Resultados: El 50.55% fueron mujeres y 49.45% hombres, el género no influyó en el grado de satisfacción; la edad osciló entre 18 y 80 años, con promedio de 37.4 ± 15.5 . La satisfacción fue mayor en estudiantes, empleados y amas de casa, en cambio la insatisfacción fue mayor en personas mayores, que sólo podían leer y escribir, jubilados y comerciantes. Hubo mayor satisfacción por la atención de las enfermeras, seguida por la de los médicos; hubo insatisfacción por la atención de trabajo social, dietistas e intendencia. Fueron causas significativas de insatisfacción: comunicación con el personal de salud mental, trabajadoras sociales y dietistas, administración de analgésicos durante las curaciones, tiempo de espera para la hospitalización, información al egreso y aseo de las instalaciones. No hubo relación de la satisfacción con el género, ocupación, ni la escolaridad, $\chi^2 p > 0.05$.

Abstract

Objective: To know the satisfaction of patients for the care received in a second level general surgery service.

Setting: Second level health care hospital.

Design: Transversal, prospective, analytical study.

Statistical analysis: We obtained the percentage of frequency, average, and standard deviation. Chi square test was used for categorical variables.

Material and methods: A 51-item structured questionnaire was applied blindly at the time of discharge to 263 patients cared for at the General Surgery Service of the General Hospital from the state of Querétaro Health Care Services (SESEQ, for its initials in Spanish) from January 1st to June 30th 2005. Eighty-seven questionnaires were discarded due to incomplete answers.

Results: Of the studied population, 50.55% were women and 49.45% were men, gender did not influence the degree of satisfaction. Age ranged from 18 to 80 years, average of 37.4 ± 15.5 . Satisfaction was greater in students, employees, and housewives; whereas insatisfaction was greater in elderly people that could only read and write, retirees, and merchants. There was greater satisfaction for nursing care, followed by physicians' care; there was insatisfaction with social workers, dietitians, and house-keeping personnel. Important causes of insatisfaction were: deficient communication with the mental health care personnel, social workers, administration of analgesics during treatments, long waiting times for hospital admittance, lack of information at discharge, and untidiness of facilities. There was no relation of satisfaction with gender, occupation, or educational level, $\chi^2 p > 0.05$.

www.medigraphic.com

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro.

Cirugía General. Hospital General SESEQ.

Recibido para publicación: 25 de febrero de 2008

Aceptado para publicación: 15 de marzo de 2008

Correspondencia: Acad. Dr. César Gutiérrez Samperio. H. Frías Soto Núm. 15, Col. Ensueño, 76180 Querétaro, Qro.

Tel. 0 44 442 215 8511, celular 442 270 2779

Discusión y conclusiones: La satisfacción en el 89.20% de los pacientes es similar a la informada por otros autores. Es importante el uso adecuado de la tecnología, la comunicación y la relación médico-paciente. Se deben implementar programas de control de calidad, evaluación y mejora continua.

Discussion and conclusions: Satisfaction in 89.20% of patients is similar to that reported by other authors. Adequate use of technology, communication, and the physician-patient relation are important factors. Quality control, evaluation, and continuous improvement programs must be implemented.

Palabras clave: Satisfacción paciente, atención médica. *Cir Gen* 2008;30:101-109

Key words: Patient satisfaction, medical care. *Cir Gen* 2008;30:101-109

Introducción

La calidad de la asistencia médica en los servicios quirúrgicos generalmente se relaciona con la probabilidad de recuperación de la salud, la rehabilitación y la reincorporación a su medio familiar, social y laboral, en lo que indudablemente también influyen otros factores, como son: la enfermedad que dio origen a la cirugía, la edad y las condiciones del enfermo, así como la respuesta de cada paciente a la intervención quirúrgica. La evaluación de la calidad de la atención médica no es sencilla, ya que no existe una definición de la misma aceptada en forma universal, intervienen en ella varios componentes: la estructura, recursos, organización, normas, el proceso y los resultados, los que casi siempre son valorados desde el punto de vista de directivos o el personal administrativo, algunas veces desde la perspectiva de los médicos, pero en pocas ocasiones se toma en cuenta el bienestar, satisfacción y opinión del enfermo.^{1,2}

La preocupación por la calidad de la atención médica no es nueva, desde los inicios del siglo XX cirujanos norteamericanos y europeos insistieron en que, los hospitales en general y los cirujanos en particular, debían medir e informar los resultados de su trabajo, a partir de 1918 el *American College of Surgeons* contó con un programa de estándares, diseñados en forma voluntaria por los médicos, para evaluar la calidad de la atención. En 1951, como resultado de la reunión y acuerdo con el *American College of Physicians*, *American Hospital Association* y *American Medical Association*, se crea la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, instancia externa multidisciplinaria con integrantes de diversas instituciones, que cada vez ha cobrado mayor importancia en la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, lo que ha permitido contar con información para la auto-regulación y mejora de la calidad de la atención sanitaria.^{3,4}

En nuestro país, la inquietud e interés de un grupo de médicos del Hospital de "La Raza" del IMSS, por conocer la calidad con que se estaba otorgando la atención a los pacientes, dio lugar en 1956 a un programa de revisión de expedientes clínicos; en 1962, después de seis años de trabajo se publica un documento "Auditoría Médica", el que además de informar sirve como guía en el trabajo de revisión, en él se dan a conocer los elementos para una revisión protocolizada de los

expedientes clínicos, lo que permite emitir un juicio sobre la calidad con que se otorga la atención. González Montesinos continúa con esta línea de trabajo, agrega la evaluación de los registros de enfermería, el seguimiento de la atención en otras unidades y, en un grupo de enfermos, los resultados de autopsia, así como su confrontación con los diagnósticos clínicos.^{5,6} En 1983, González Posada desarrolla un programa de evaluación integral de las unidades médicas, el que incluye: estructura de la unidad, recursos físicos y humanos, insumos, el proceso y la organización, para poder otorgar una atención de calidad.^{7,8}

A partir de los anteriores estudios se conforman grupos de trabajo interesados en la calidad de la atención médica, que comprende múltiples factores, Aguirre-Gas la define como "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" hace énfasis en la evaluación, su metodología, características del proceso y resultados esperados, lo que debe dar lugar al mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, en lo que interviene la planeación estratégica y el reconocimiento de logros, para que, de acuerdo con las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, se realice el diagnóstico situacional y la correspondiente reprogramación.^{9,10}

Ruelas-Barajas analiza el viejo paradigma de la calidad de la atención médica, en el que se consideraba la calidad implícita al profesionalismo del médico en la atención de los enfermos, que tomaba en cuenta la cantidad de recursos sin importar los costos, la mera supervisión de hospitales y actividades médicas sin acciones correctivas, que juzgaba la calidad de la atención médica por los resultados, que primordialmente dependían de los servicios de salud. Propone el nuevo paradigma en el cual la calidad de la atención médica debe ser explícita, en el que además de la cantidad de recursos interesa su calidad, que se ofrezcan servicios eficientes, los mayores beneficios posibles con los menores riesgos y el menor costo posible, supervisión y evaluación que den lugar a acciones, con el correspondiente seguimiento, planeación y cambio, para resolver oportunamente los problemas y garantizar la calidad de la atención médica, demostrar que los re-

sultados corresponden al nivel de calidad esperado, señala la acción recíproca de la calidad de la atención médica y la calidad de la educación, con un sistema de enseñanza-aprendizaje enfocado a la calidad.¹¹⁻¹³

La Fundación Mexicana para la Salud realiza trabajos para conocer la calidad y eficiencia de las organizaciones de salud, lo que tiene repercusión y es aceptado por la comunidad médica, por tratarse de una entidad externa a los servicios de salud, sin compromisos académicos, administrativos o políticos. Profesionales de las diferentes instituciones se agregan a esta línea de investigación, lo que da lugar a que se constituya el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, en el que, con la opinión de profesionales de las diferentes instituciones de salud, se tratan de establecer los estándares de calidad, se sientan las bases para la evaluación, se elaboran las herramientas apropiadas y se instituye la metodología para seguir en el proceso, lo que a largo plazo dio lugar al proceso de certificación de hospitales, como se estipula en el Acuerdo Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 1 de abril de 1999.¹⁴⁻¹⁷

El proceso de evaluación ha sido dinámico, casi treinta años después de la introducción de las auditorías formales se inicia en México un enfoque de calidad total continua. Como resultado del trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Perinatología y el Centro de Investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública se establecen los círculos de calidad, cuya perspectiva no sólo se basa en los estándares de calidad, su inspección y supervisión, sino que, con una visión global, toma en cuenta todos los elementos estructurales, recursos, organización, el proceso y los resultados, los que, de una manera u otra, repercuten en la calidad de la atención médica.¹⁸

El juicio de la calidad de la atención médica de Donabedian se enfoca a dos dimensiones, la técnica y las relaciones personales, utiliza la "Teoría de Sistemas" para evaluar los recursos físicos, el personal, los insumos y la organización necesarios para otorgar una atención de calidad; continúa con la evaluación del proceso de la atención que incluye: la oportunidad de la atención, la capacidad profesional del personal y la aplicación de los conocimientos médicos vigentes. Aunque también se toman en cuenta la seguridad del paciente y el respeto a los principios éticos de la práctica médica, para terminar con la evaluación de los resultados de la atención en materia de salud, la satisfacción de los prestadores de servicios por la atención otorgada y de los usuarios por la atención recibida.¹⁹⁻²²

La transición en la evaluación de la calidad de la atención médica en los últimos años ha sido muy rápida, se introduce la basada en "benchmarking", término que no tiene una traducción literal al español, el cual se puede entender como "información comparativa de referencia" que permite el trabajo multidisciplinario de varias instituciones, así como la evaluación externa por otros profesionales con los mismos indicadores. Los manuales, guías clínicas y estándares de aten-

ción son patrones de referencia para la mejora institucional, grupal o individual, con lo que se pretende influir en el nivel de calidad de la atención médica. Con base en lo anterior, se establecen en México dos empresas orientadas a implantar esta estrategia, la primera (Dimensión Interpersonal S. A.) orientada hacia la satisfacción de pacientes y proveedores de servicios de salud y la segunda (Qualimed S.A.) sobre la calidad técnica y la eficiencia de la atención médica.^{11,23,24}

En la década de los ochenta, con un enfoque empresarial, se introdujo el modelo "industrial", en el cual la atención sanitaria se juzga de acuerdo con la rentabilidad y participación en el mercado; en las empresas prestadoras de servicios, los pacientes son clientes y los médicos empleados o colaboradores, la relación médico-paciente se deteriora al establecerse a través de intermediarios, razón de más que no siempre el enfermo puede elegir al médico tratante.^{22,25}

Se introduce el sistema ISO (International Organization for Standardization), creado en 1947 para homologar los estándares internacionales de calidad y facilitar el intercambio de mercancía con una calidad similar. El sistema ISO 9000 está diseñado para certificar la calidad de la atención, en función de la disponibilidad de los recursos necesarios para ello, así como de una organización que permita una operación apegada a las normas y la calendarización de las acciones. En el sistema ISO 9001-2000, todo lo anterior se aplica al suministro de servicios, es útil para indicar si la calidad de los servicios es posible con los recursos y organización existentes, pero no garantiza que los pacientes estén recibiendo una atención médica con calidad. En la página Web de la Secretaría de Economía (economia.gob.mx) se pueden ver las variantes y detalles de este sistema.^{3,26,27}

En 1994, la *International Society for Quality in Health Care* desarrolló el programa ALPHA (*Agenda for Leadership in Programmes for Health Care*), el cual se consolidó en 1999, con la creación de la *Accreditation Federation Council*, enfocado específicamente a la acreditación de servicios de salud, con una vocación de mejora continua. Considera a la acreditación como "un proceso de auto-evaluación y evaluación externa por pares, utilizado por las organizaciones sanitarias para evaluar su nivel de cumplimiento en relación con estándares establecidos, para implementar formas de mejora continua en el sistema de atención sanitaria". Este programa cuenta además con un marco de referencia para valorar los estándares, así como un programa de evaluación externa para acreditar a las entidades acreditadoras, servicios de apoyo y asesoría.^{3,4,26,27}

En la acreditación organizacional se utilizan como indicadores de la capacidad profesional a la excelencia técnica, junto con la comunicación interpersonal, no sólo entre los integrantes del equipo de salud, sino también con el paciente. En la acreditación organizacional se consideran tres puntos: 1) La estructura de la institución de salud, que comprende las instalaciones, recursos materiales, tecnológicos y humanos. 2) El

proceso, que se refiere a las intervenciones apropiadas a las características de la enfermedad y del enfermo, de acuerdo con los recursos y guías clínicas y/o administrativas. 3) Los resultados, en cuanto al efecto en la salud, el bienestar individual y de la población, el consumo de recursos, costos y control del proceso.²⁶⁻²⁸

La satisfacción, como parte de la calidad de la atención médica, se define como la respuesta emocional de los usuarios por la atención médica recibida, en nuestro caso es la percepción que tiene el paciente de la atención médico-quirúrgica durante su hospitalización, así como la relación establecida con el personal de salud y el personal auxiliar, lo que le produce un sentimiento agradable de satisfacción, o bien un sentimiento desagradable de insatisfacción, los que no siempre son fáciles de registrar y medir.^{28,29}

Existen pocos estudios para conocer la opinión y el grado de satisfacción de los enfermos, en relación con la calidad de la atención médica recibida, como el de Ruiz-González en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y el de Silva Alvarado en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, pero poco se conoce lo que ocurre en los hospitales de segundo nivel, específicamente en los servicios de cirugía general.^{30,31}

Los hospitales de segundo nivel son los más numerosos en nuestro país, el programa de cuatro años de la residencia en cirugía general incluye la rotación en estos hospitales, como parte importante de su preparación como especialistas, por lo que consideramos que es importante conocer la opinión de los enfermos sobre la atención médica recibida, lo que contribuye a la formación integral del cirujano, además es una valiosa herramienta para tomar decisiones y ejercer acciones, con el fin de que la atención sea de mayor calidad y calidez. La participación de los residentes en este tipo de estudios seguramente despertará su interés, los motivará para mejorar la atención y cuidado de sus enfermos, lo que redundará en la formación de un cirujano con una visión integral de la medicina y la cirugía, que actúe con un sentido humanista y ético.³²⁻³⁵

El objetivo de este trabajo es conocer la frecuencia y el grado de satisfacción por la atención recibida de los enfermos hospitalizados en el Servicio de Cirugía General, del Hospital General de los Servicios Médicos del Estado de Querétaro (SESEQ).

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, prospectivo y analítico, en el cual se aplicaron 263 encuestas a los pacientes mayores de 18 años que ingresaron al Servicio de Cirugía General, del Hospital General de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), en el lapso comprendido entre el día 1 de enero de 2005 y el día 30 de junio del mismo año. Solamente se incluyeron en el estudio a pacientes alfabetos que voluntariamente aceptaron participar en él, en todos se obtuvo el consentimiento informado. Los cuestionarios fueron aplicados en forma ciega el día de egreso del hospital, por trabajadoras sociales previamente entrenadas por

los investigadores, el cuestionario fue anónimo, autónimo y auto-aplicable, para ser contestado en privado en el tiempo que el enfermo consideró necesario. De las 263 encuestas se eliminaron 87 por contestación incompleta, al no responder en varios apartados del cuestionario.

Como instrumento de trabajo se utilizó un cuestionario estructurado, el que es una modificación de los cuestionarios validados utilizados por Morales y Silva, en trabajos similares.^{29,31} Se obtuvo información socio-demográfica: edad, género, escolaridad y ocupación, datos que se correlacionaron con los del cuestionario aplicado en este trabajo, el cual fue validado por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del IMSS, Delegación Querétaro. El cuestionario comprende 51 ítems, en 16 de ellos con respuesta binaria (sí o no) se preguntó si conocían al médico tratante y al personal de equipo de salud (enfermeras, residentes, internos, trabajadora social, dietista, salud mental), así como la comunicación y la información proporcionada por ellos. En los 35 restantes, la respuesta fue de acuerdo con una escala de Likert³⁶ con opciones del uno al cuatro, en ellos se exploran las relaciones interpersonales, trato por parte del equipo de salud y personal del hospital, apreciación de aspectos técnicos y oportunidad de la atención recibida, condiciones materiales de las instalaciones y limpieza de las mismas. En el último ítem, con respuesta binaria se resume la apreciación del paciente, al preguntarle si al salir del hospital se sintió o no satisfecho con la atención recibida.

La satisfacción se ponderó por las respuestas en una escala nominal, se consideró como satisfactoria la respuesta afirmativa en las preguntas con respuesta binaria, así como en las opciones tres y cuatro de las preguntas con la escala de Likert. La información fue capturada en una base de datos del programa EPI-INFO V-10, por medio del cual se obtuvieron los datos de estadística descriptiva, con medidas de frecuencia porcentual, de tendencia central y de dispersión. En las variables categóricas se aplicó chi cuadrada, con significancia de $p < 0.05$, con un índice de confianza de 95%.

Resultados

De las 176 encuestas cuyo respuesta fue completa, 89 fueron mujeres (50.55%) y 87 varones (49.43%); en ellas 79/89 mujeres (88.76%) y 78/87 hombres (89.65%) expresaron estar satisfechos por la atención recibida. La diferencia en la frecuencia de la satisfacción en relación al género no fue significativa ($p > 0.05$).

En los cuadros se concentran los datos de mayor importancia, se marcan en negritas los valores significativos. La edad osciló entre 18 y 80 años, con promedio de 37.14 ± 15.5 años, la distribución por edades y la frecuencia de satisfacción o no satisfacción se muestra en el **cuadro I**.

Como puede verse la satisfacción por la atención recibida se observó con más frecuencia entre los 41 y 50 años (93.31%), le siguió el grupo entre los 31 y 40

años (90.00%), en el grupo entre 61 y 70 años todos manifestaron estar satisfechos, pero, por lo pequeño de este grupo compuesto solamente por 11 enfermos, los datos carecen de valor estadístico. En contraste en el grupo entre 51 y 60 años la satisfacción sólo ocurrió en el 61.54% (con insatisfacción en el 38.46%). En los grupos entre 71 y 80 años y mayores de 80 años, la insatisfacción también fue frecuente.

El análisis de la relación de la escolaridad con la frecuencia de la satisfacción o insatisfacción, dio lugar a los datos que se muestran en el **cuadro II**.

En la población estudiada el nivel educativo más frecuente fue la secundaria, seguida de la primaria y el bachillerato, nueve enfermos manifestaron que sólo sabían leer y escribir, pero no habían cursado estudios formales, en el otro extremo también pocos pacientes (seis) tenían estudios de licenciatura. La satisfacción fue más frecuente en aquellos enfermos que tenían estudios de bachillerato y primaria, mientras que la insatisfacción fue más frecuente en quienes sólo sabían leer y escribir o tenían estudios de secundaria.

La escolaridad con frecuencia repercute en el tipo de actividades que desempeñan las personas, en este estudio también se analizó la ocupación de los enfermos y su relación con la frecuencia de satisfacción o insatisfacción, lo que se ilustra en el **cuadro III**.

Podemos ver que los estudiantes, seguidos de los empleados y de las amas de casa con más frecuencia expresaron estar satisfechos, los desempleados o pensionados, seguidos de los comerciantes son los que con más frecuencia no están satisfechos por la atención recibida; en la población estudiada sólo hubo tres profesionistas que manifestaron estar satisfechos, en las amas de casa, quienes con frecuencia desarrollaban otras actividades, la frecuencia de satisfacción fue similar al promedio del total de los enfermos estudiados.

Con el fin de valorar la opinión del enfermo en cuanto a la atención de los diversos integrantes del equipo de salud: médicos, personal paramédico como son las enfermeras, así como el personal de apoyo: administrativo, de intendencia o camilleros, se tomó en cuenta el número total de las respuestas de satisfacción o no satisfacción en cada uno de los apartados, así como

Cuadro I.
Satisfacción y rango de edad.

Edad	Frecuencia	Satisfacción	%	No satisfacción	%
18 – 30	69	62	88.31	7	11.29
31 – 40	44	40	90.00	4	10.00
41 – 50	28	26	93.31	2	7.69
51 – 60	18	13	61.64	5	38.46
61 – 70	11	11	100.00	0	0
> 70	6	5	80.00	1	20.00
Total	176	157	89.20	19	10.80

Cuadro II.
Satisfacción y escolaridad.

Escolaridad	Satisfecho	%	No satisfecho	%
Sabe leer y escribir	9	81.81	2	18.19
Primaria	47	92.15	4	7.85
Secundaria	51	85.00	9	15.00
Bachillerato	44	93.61	3	6.39
Licenciatura	6	85.71	1	14.29
Total	157	89.20	19	10.80

Cuadro III.
Satisfacción y ocupación.

Ocupación	Satisfecho	%	No satisfecho	%
Desempleado, pensionado	10	76.93	3	23.07
Empleado	60	90.90	6	9.10
Estudiante	21	95.45	1	4.55
Profesionista	3	100.00	0	0
Comerciante	11	78.57	3	31.43
Ama de casa	52	89.65	6	10.35
Total	157	89.20	19	10.80

su correspondiente relación porcentual, de acuerdo con el número total de preguntas en cada apartado, lo que se consigna en el **cuadro IV**.

Hubo mayor porcentaje de satisfacción en relación al personal paramédico, primordialmente enfermeras, en un porcentaje un poco menor manifestaron que la atención de los médicos era satisfactoria, mientras que en la recibida del personal de apoyo (trabajo social, dietistas, administrativo e intendencia) el índice de satisfacción fue más bajo, una quinta parte expresó no estar satisfechos.

En el **cuadro V** se consignan aspectos específicos, en los que la insatisfacción fue significativa, como son: Lo relacionado con el trato con el personal de salud mental, más del 90% expresaron no estar satisfechos; siete de cada diez enfermos expresaron insatisfacción con la explicación por parte de la dietista o la trabajadora social, también puede observarse que cuatro de cada diez pacientes refirieron insatisfacción por la deficiente administración de analgésicos durante las curaciones. Otros aspectos significativos en los cuales los pacientes manifestaron insatisfacción fueron la limpieza y el aseo de las instalaciones, así como la información recibida al egreso.

Discusión

La calidad de la atención médica depende de múltiples factores, como son la estructura del hospital, tecnología disponible, insumos, recursos humanos, motivación y capacitación de los integrantes del equipo de salud, así como su satisfacción por los servicios que éste otorga y la satisfacción de los enfermos por la atención recibida. La evaluación de la calidad de la atención médica es compleja por ser multidimensional, en este trabajo sólo nos enfocamos al estudio de la satisfacción de los enfermos, como parte importante de la calidad, con lo que además de contar con información útil para corregir errores y deficiencias en el proceso,

se pretende iniciar una línea de investigación más amplia, a fin de instaurar un programa de evaluación de la calidad total.^{11,37,38}

Desde hace muchos años existe la preocupación por conocer la calidad de la atención médica, así como su repercusión en la salud y la calidad de vida del enfermo, existen grandes diferencias entre los estudios realizados en hospitales especializados que atienden adultos o niños, en los cuales el índice de satisfacción oscila alrededor del 90%, con los estudios realizados en unidades de atención primaria, en los que la satisfacción por la atención recibida sólo llega al 68%. Por lo que consideramos que es importante que se lleven a cabo estudios en hospitales y servicios con diferencia en cuanto a sus características y la patología que atienden, como es el Servicio de Cirugía General de un hospital de segundo nivel, donde realizamos este estudio, en el cual la satisfacción de los enfermos hospitalizados se manifestó en el 89.80% de los pacientes, una frecuencia similar a la observada en hospitales especializados.^{30,31}

Para la mayor satisfacción en los grupos entre 31 y 40 y entre 41 y 50 años, con incidencia superior al 90%, o la mayor insatisfacción en el grupo entre 51 y 60 años, no tenemos una explicación convincente, es posible que haya influido la gravedad del padecimiento que dio lugar al internamiento, el nivel educativo y cultural de los enfermos; lo mismo podemos decir de la mayor satisfacción de los pacientes que tenían estudios de bachillerato y primaria, con la menor satisfacción de aquellos que tenían estudios de secundaria o sólo podían leer y escribir, sin que se pueda establecer una correlación entre la escolaridad con el grado de satisfacción o insatisfacción.

La ocupación con frecuencia se relaciona con la escolaridad, las condiciones económicas, sociales, psicológicas y emocionales, así los profesionistas, empleados y estudiantes con más frecuencia ex-

Cuadro IV.
Satisfacción por atención de integrantes del equipo de salud.

Pregunta	Satisfecho	%	No satisfecho	%
Médicos	3,159	87.58	448	12.42
Paramédico	974	91.97	85	8.03
De apoyo	2,727	79.37	709	20.63
Satisfacción global	6,919	85	1,235	15

Cuadro V.
Satisfacción en aspectos específicos significativos (P < 0.05)

Pregunta	Satisfecho	%	No satisfecho	%
¿Trato del personal de salud mental?	12	6.82	164	93.18
¿Explicación de la dietista?	47	26.7	129	73.3
¿Orientación por la trabajadora social?	61	34.7	115	65.34
¿Administración de analgésicos en pacientes que requieren curación?	56	61.15	35	38.46

presaron estar satisfechos, mientras que los desempleados, jubilados y comerciantes son los que manifestaron mayor insatisfacción. Las amas de casa, con grado de escolaridad variable, que en ocasiones también desempeñan otra actividad tuvieron un grado de satisfacción similar al promedio de la población.

En forma similar a lo que sucede en otros estudios, hubo mayor satisfacción en relación al personal paramédico, específicamente las enfermeras, quienes están más tiempo en contacto con los enfermos, seguido por los médicos, quienes establecen o deben establecer una buena relación médico-paciente, en cuanto al personal de apoyo: administrativo, trabajo social, dietistas, intendencia o camilleros, hubo mayor grado de insatisfacción, por lo que es necesario interesar a estas personas, motivarlas e integrarlas al equipo de salud.^{39,40}

En los aspectos específicos sobresalientes, con significancia estadística, es preocupante la falta de apoyo por parte del personal de salud mental, la insuficiente información y orientación por parte de trabajo social, especialmente en relación al tiempo de espera para ser hospitalizados, las citas e indicaciones al ser egresados, la falta de comunicación y explicaciones sobre la dieta indicada y, lo que es más grave, la falta de administración oportuna de analgésicos en los enfermos operados durante las curaciones, son situaciones sobre las que se debe reflexionar para ejercer acciones y corregir desviaciones. También expresaron insatisfacción por la limpieza y aseo de las instalaciones, especialmente los baños, aspectos cuya corrección es factible.

Durante muchos años la práctica de la medicina y la cirugía se basó en factores deontológicos, era suficiente una buena comunicación y una buena relación médico-paciente; sin embargo, en el siglo XXI estamos ante grandes cambios, no sólo en cuanto a los avances científicos y tecnológicos, sino también en la tendencia a cambiar de la medicina institucional con fundamento en las demandas sociales, a la medicina corporativa con bases mercantilistas, por lo cual es necesario retomar y darle la debida importancia a una política distributiva justa, a la satisfacción del médico en su práctica profesional, que repercutirá en la calidad y calidez de la atención médica que proporcione y, como consecuencia, en la satisfacción del paciente, o utilizando los términos de los nuevos modelos de medicina gerencial en la satisfacción del usuario-paciente.^{22,41}

En el mundo cambiante de la medicina actual con frecuencia se genera insatisfacción por la atención recibida, no es raro que los intereses de los pacientes y los de los médicos entren en conflicto, cuando esto sucede habitualmente prevalecen los de estos últimos. Lo ideal es que los intereses de todos los integrantes del equipo de salud estén orientados en el mismo sentido, coincidan con los de los enfermos, con metas y objetivos comunes; es importante que la actuación del médico se lleve a cabo con profesionalismo, que mucho depende de la autonomía,

el compromiso consigo mismo y con el paciente, de la pericia en el uso de nueva tecnología a la que se debe unir una vocación de servicio, así como el apego a la ética para mantener una buena relación médico-paciente, con una adecuada comunicación y responsabilidad compartida.^{35,42,43}

Para garantizar una buena calidad de atención médica es necesario implementar mecanismos de registro y control, con indicadores que permitan la oportuna detección de desviaciones por déficit, exceso o mal uso de los recursos. Se deben establecer los estándares de calidad de acuerdo con los objetivos, con programas de mejora continua en los que participan no sólo médicos, sino también enfermeras, técnicos, trabajadoras sociales, dietistas, personal administrativo, de intendencia e inclusive los mismos enfermos. Utilizar programas de control de los sistemas de salud, en los procesos y en el desempeño profesional, para cumplir con los estándares de calidad, tratar de superarlos para alcanzar estándares de excelencia.⁴⁴⁻⁴⁶

Desde 1994, el American College of Surgeons aprobó una serie de lineamientos para asegurar la calidad de la atención en los servicios quirúrgicos, en ellos se hace referencia a la calidad técnica, comunicación interpersonal y costo-efectividad, pero, con el transcurso del tiempo estos lineamientos se han modificado para adecuarse a las innovaciones tecnológicas, la evolución de la medicina y las demandas de la sociedad. Es deseable que los hospitales, asociaciones, academias y consejos de las especialidades quirúrgicas implementen programas de registro, seguimiento y control de la calidad de la atención médico-quirúrgica, información que a su vez será de gran utilidad en programas de mejora continua, por otra parte, también servirá para que, sin merma de la calidad, disminuya el costo de los servicios proporcionados.⁴⁷⁻⁴⁹

Podemos concluir que es urgente incrementar la calidad de la atención médica, lo que no sólo aumentará la satisfacción de los pacientes, sino también influirá en disminución de las demandas médicas y los costos, para así lograr una medicina eficaz y eficiente. Aumentar la eficacia, optimizando el uso de los recursos, sobre todo en países emergentes como el nuestro es tarea urgente, por lo que a un médico académico con capacidad técnica, se debe unir personal directivo y administrativo capacitado en la dirección de instituciones de salud. También es importante la economía en el campo sanitario, más aún ante el cambio e incremento continuo de la medicina gerencial o administrada, la que debe llevarse a cabo respetando los principios éticos de equidad, la autonomía del prestador de servicios y del enfermo, como factores imprescindibles para garantizar la calidad de la atención médica, por el vertiginoso avance científico y tecnológico también es imprescindible el trabajo en equipo con la debida responsabilidad y comunicación entre sus integrantes.^{22,35,49-52}

Referencias

1. Brook RH. Managed care is not problem, quality is. *JAMA* 1997; 278: 1612-14.
2. Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med* 1996; 334: 394-98.
3. Aguirre-Gas HG. Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? Editorial *Cir Ciruj* 2007; 75: 149-150.
4. Griffen FD, Stephen LS, Alexander JB, Bailey HR, Maizel SE, Sutton BH, et al. The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 561-69.
5. González-Montesinos F, Pérez Álvarez JJ, Lee-Ramos AF. Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. *Bol Med IMSS* 1975; 17: 7.
6. Lee-Ramos AF, Remolina-Barrenque M, González-Montesinos F, Pérez-Álvarez JJ. Evaluación del envío de pacientes entre unidades de la Región Sur del Valle de México. *Bol Med IMSS* 1975; 17: 187.
7. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. *Rev Med IMSS* 1997; 35: 257-264.
8. Gonzalez-Posadas J, Merelo-Anaya A, Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo JA. Sistema de evaluación médica. Progresos y perspectivas. *Rev Med IMSS* 1984; 22: 407.
9. Aguirre-Gas H. Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. *Cir Cir* 1995; 63: 110.
10. Aguirre-Gas H. *Calidad de la atención médica*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, 1995.
11. Ruelas-Barajas E. Los paradigmas de la calidad de la atención médica. *Gac Med Mex* 1997; 133: 141-146.
12. Ruelas-Barajas E. Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. *Gac Med Mex* 1994; 130: 218-226.
13. Ruelas-Barajas E. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 108-109.
14. Fundación Mexicana para la Salud. Calidad y eficiencia de las organizaciones de atención a la salud. *Serie Economía y Salud*. 1994, No. 8.
15. Sector Salud, Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación. *Bases para la evaluación de la calidad en las unidades médicas del Sector Salud*. México, 1987.
16. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos JM, Aguirre-Gas H, Arango-Rojas R, Lara-Carreño R, et al. Bases para la evaluación de la calidad en las unidades médicas del Sector Salud. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 156-169.
17. Acuerdo Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación*, 1 de abril de 1999.
18. Ruelas-Barajas E. Círculos de calidad como una estrategia en un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 207-20.
19. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pub Mex* 1986; 28: 324-37.
20. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
21. Salinas-Oviedo C, Laguna-Calderón J, Mendoza-Martínez MR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 22-29.
22. Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Act Med Gpo Ang* 2003; 50-66.
23. Carrada BT. Benchmarking: estrategia de calidad en los sistemas de salud. *Directivo Médico* 1999; 4: 18-23.
24. Carrada BT. Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 25-33.
25. Rosselot E. El derecho a una atención médica de buena calidad. *Rev Med Chil* 2000; 128: 1385-88.
26. Saturno PJ. Acreditación de instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. *Manual del Master en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud*. Módulo 7, unidad temática 38, Universidad de Murcia, 2001.
27. Vanounou T, Pratt W, Fisher JE, Vollmer CM Jr, Callery MP. Deviation-based cost modeling: a novel model to evaluate the clinical and economic impact of clinical pathways. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 570-79.
28. Cordera A. La calidad de la atención médica. *Direct Med* 2003; 10: 109-113.
29. Morales F, García C. Satisfacción de usuarios en unidades de primer nivel de atención médica. *Rev Med IMSS* 1997; 35: 139-143.
30. Ruiz-González C, Vargas-Vorácková F, Castillo-Rentería C, Pérez-Pimentel L, Martínez-Mata RA. Lo que opinan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) *Rev Invest Clin* 1990; 42: 298-311.
31. Silva R, Garduño J. Frecuencia de satisfacción con la atención médica de los pacientes pediátricos hospitalizados. *Bol Med Hosp Infant México* 1994; 51: 514-22.
32. Gutiérrez-Samperio C. Práctica y enseñanza integral de la cirugía. *Boletín AMCG* 2002; 8(2): 17-24.
33. Tapia JJ. Residencia de cirugía en cuatro años ¿para qué? *Cir Gen* 1994; 16: 21-22.
34. García RH, Aldrete SJ, Gutiérrez-Samperio C. Enseñanza e investigación en cirugía. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrarena AVM, Campos CFJ. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 3ª Ed. El Manual Moderno, México, 2006: pp. 703-713.
35. Aguirre-Gas H. La ética y la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj* 2002; 70: 50-54.
36. Likert J. *The Likert profile of school: new instruments for public schools to improve organizational effectiveness*. Ed. Ren- cis Lijet Ass. Ann Arbor Michigan, 1972.
37. Irvine D. The performance of doctors. I. Professionalism and self-regulation in a changing world. *BMJ* 1997; 314: 1540-2.
38. Valencia YJL. Estado actual de la calidad de la atención médica. *Para la Salud* 2001; 5: 52-61.
39. Torres-Arreola LP, Constantino CNP. Equidad y calidad en salud. Conceptos actuales. *Rev Med IMSS* 2003; 41: 359-364.
40. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Ann Int Med* 1986; 104: 410-418.
41. Torres-Valadez F. Algunas preocupaciones del ejercicio de la medicina en el siglo XXI. *Cir Ciruj* 2001; 69: 213-14.
42. Ocampo-Martínez J. La bioética y la relación médico-paciente. *Cir Ciruj* 2002; 70: 55-59.
43. Gutiérrez-Samperio C. Cirugía y ética. En: Gutiérrez-Samperio C, Arrubarrarena AVM, Campos CF. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 3ª Ed. El Manual Moderno, México, 2006: pp. 747-762.
44. Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoreo para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pub Mex* 1993; 35: 326-31.
45. Chassin MR, Galván RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA* 1998; 280: 1000-1005.
46. Martínez RA, Guzmán BB, Ruiz OP, Van-Dick MA, León TH, Martínez FA. La evaluación de la calidad de la atención de la salud mediante indicadores y su estándar. *Rev Med IMSS* 1998; 36: 487-96.

47. Collazo-Herrera M, Cárdenas-Rodríguez J, González-López R, Abreu RM, et al. La economía de la salud ¿debe ser de interés para el campo sanitario? *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12: 359-64.
48. Shuster MA, Mc Glym EA, Brook RH. *Why the quality of US health care must be improved*. Ed. Rand, Santa Monica, CA. 1997.
49. Ríos-Martínez J. Los costos de la mala calidad en las instituciones de salud. *Directivo Médico* 2002; 7: 227-230.
50. Bouza-Suárez A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad. *Rev Cubana Salud Pública* 2000; 26: 50-56.
51. Ruelas-Barajas E. Influencia de las ISES en la relación médico-paciente. *Rev CONAMED* Edición especial Memoria del Sexto Simposio Internacional. 2002; 7: 18-23.
52. Mills P, Neily J, Dunn E. Teamwork and communication in surgical teams: implications for patient safety. *J Am Coll Surg* 2008; 206: 107-112.