



Valoración de la calidad de la atención ofrecida a mujeres a quienes se realizó histerectomía

Enrique Rosales Aujang,* María de Jesús Jaime Camacho**

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Antecedentes: para conseguir una mejoría en la calidad, en los últimos años surgió como una necesidad primaria la evaluación de los servicios médicos ofrecidos.

Objetivo: evaluar la calidad de la atención ofrecida a las pacientes histerectomizadas, desde la referencia del médico familiar, hasta el alta por el ginecólogo. Se describen los diagnósticos, resultados a corto y largo plazo, satisfacción de las pacientes y del ginecólogo en relación con las condiciones para ofrecer sus servicios.

Pacientes y método: estudio retrospectivo que incluyó a 118 pacientes a quienes se realizó histerectomía. Se analizaron los siguientes aspectos: antecedentes, diagnósticos y resultados. También se realizaron encuestas transversales para obtener el grado de satisfacción de las pacientes y de los médicos que efectuaron las cirugías.

Resultados: se confirmó la satisfacción de las pacientes, en contraste con la opinión de los médicos ginecólogos, quienes expresaron insatisfacción por los recursos con que cuentan. Existió discrepancia entre el diagnóstico y la cirugía programada con el procedimiento realizado; sin embargo, los resultados clínicos obtenidos fueron adecuados.

Conclusiones: en la actualidad, cualquier institución debe evaluar periódicamente los servicios que otorga para implantar medidas y procedimientos congruentes con su población y recursos e invitar al usuario interno a participar en la toma de decisiones y darle la oportunidad de convertirse en evaluador para generar una cultura de superación y mejora permanente en todos los involucrados.

Palabras clave: calidad en la atención, histerectomía.

ABSTRACT

Background: In recent years emerged as a primary need, the evaluation of the services offered to get better quality in them. Health systems are subject to these assessments.

Objective: To assess the quality of care provided to patients who underwent hysterectomy, since the reference of the family physician, until discharge by the gynecologist. We analyzed the diagnostic results in the short and long term, patient satisfaction and gynecologist satisfaction, regarding the conditions for offering services.

Patients and method: Retrospective study including 118 patients who underwent hysterectomy and were analyzed the following aspects: history, diagnoses and outcomes. Cross-sectional surveys were also conducted to obtain the satisfaction of patients and the physicians who performed the surgeries.

Results: The satisfaction of patients was confirmed, in contrast to the opinion of gynecologists who expressed dissatisfaction with the resources they have. There was discrepancy between diagnosis, planned surgery and the procedure performed, however, the clinical results were adequate.

Conclusions: At present, any institution should periodically evaluate the services it provides to implement measures and procedures commensurate with their population and resources and invite users to participate in internal decision making and provide the opportunity to become an evaluator to generate a culture of self-improvement and continuous improvement in all involved.

Key words: quality of care, hysterectomy.

RÉSUMÉ

Antécédents: Afin d'atteindre une qualité améliorée ces dernières années a émergé comme un besoin primaire pour l'évaluation des services médicaux offerts.

Objectif: évaluer la qualité des soins offerts aux patients ayant subi une hystérectomie, puisque la référence du médecin de famille, jusqu'à la sortie par le gynécologue. Nous avons analysé les résultats de diagnostic dans le court et long terme, la satisfaction des patients et gynécologue en relation avec les conditions de l'offre de services.

Patients et méthode: étude rétrospective portant sur 118 patients ayant subi une hystérectomie. Nous avons analysé les aspects suivants: l'histoire, les diagnostics et les résultats. Les enquêtes transversales ont également été menées pour obtenir la satisfaction des patients et des médecins qui ont effectué des chirurgies.

Résultats: Les résultats ont confirmé la satisfaction des patients, contrairement à l'opinion des gynécologues qui ont exprimé leur insatisfaction à l'égard des ressources dont ils disposent. Il y avait divergence entre le diagnostic et la chirurgie à la procédure effectuée, mais les résultats cliniques étaient adéquates.

Conclusions: A l'heure actuelle, toute institution devrait évaluer périodiquement les services que les subventions pour la mise en œuvre des mesures et des procédures conformes à sa population et de ressources et d'inviter les utilisateurs à participer à la prise de décision interne et vous donner l'opportunité de devenir un évaluateur pour produire une culture l'auto-amélioration et l'amélioration continue dans tous les impliqués.

Mots-clés: qualité des soins, hystérectomie.

RESUMO

Antecedentes: Para alcançar uma melhoria na qualidade nos últimos anos surgiu como uma necessidade primária para a avaliação dos serviços médicos oferecidos.

Objetivo: Avaliar a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes que se submeteram à histerectomia, uma vez que a referência do médico de família, até a alta pelo ginecologista. Foram analisados os resultados de diagnóstico a curto prazo e longo prazo, a satisfação do paciente e ginecologista em relação às condições de oferta de serviços.

Pacientes e método: estudo retrospectivo envolvendo 118 pacientes que se submeteram a histerectomia. Foram analisados os seguintes aspectos: história, diagnósticos e resultados. Estudos transversais também foram realizados para obter a satisfação de pacientes e médicos que realizaram as cirurgias.

Resultados: confirmaram a satisfação dos pacientes, em contraste com a opinião dos ginecologistas que expressou insatisfação com os recursos que eles têm. Houve discrepância entre o diagnóstico ea cirurgia com o procedimento realizado, mas os resultados clínicos eram adequadas.

Conclusões: Atualmente, qualquer instituição deverá avaliar periodicamente os serviços que concede para implementar medidas e procedimentos consistentes com a sua população e recursos, e convidamos os usuários a participar na tomada de decisão interna e dar-lhe a oportunidade de se tornar um avaliador para gerar uma cultura auto-aperfeiçoamento e melhoria contínua em todos os envolvidos.

Palavras-chave: qualidade do atendimento, histerectomia.

La necesidad de evaluar los procesos de atención a la salud para mejorar la calidad en el servicio, surgió en años recientes como propósito primario de investigación y cada vez es mayor el apoyo que se recibe para este fin. Al igual que en la producción industrial, se tiene un control de calidad. En el ejercicio médico se inició la práctica del *mejoramiento continuo de la calidad*, que implica constancia en cualquier proceso de cambio y

la responsabilidad compartida del prestador del servicio y del usuario.^{1,2}

En 1988, Donabedian propuso tres aspectos clave para evaluar la atención: la estructura, que incluye los recursos, el equipo tecnológico y el personal; el proceso, la forma en que se aplican los mecanismos y recursos disponibles y, por último, los resultados, que incluyen las complicaciones a corto y largo plazo y la satisfacción del usuario. A partir de estos aspectos se han propuesto diversos indicadores clínicos para evaluar la calidad de la atención.³

Hace algunos años, el Instituto Mexicano del Seguro Social inició un proceso de cambio, para alcanzar mayor calidad en la prestación de servicios; en la actualidad cuenta con indicadores para evaluar la atención. Estos indicadores están orientados a evaluar resultados por frecuencia o por suceso en el momento en que ocurren y pocas veces a largo plazo. Aunque se trabaja en los indicadores de proceso y estructura, aún no se cuenta con parámetros establecidos que puedan aplicarse de la misma forma en todas las unidades hospitalarias.

En la práctica de la Ginecología existen algunos indicadores clínicos propuestos por el American College of

* Médico adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia.
** Médica adscrita al Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Zona número 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Avenida de los Conos 102, Fraccionamiento Jocaliente. Aguascalientes 20190, Aguascalientes, México.

Correspondencia: Dr. Enrique Rosales Aujang. Nazario Ortiz Garza 105, Fraccionamiento Santa Anita, Aguascalientes 20170, Aguascalientes. Correo electrónico: kikes1_13@yahoo.com
Recibido: enero 2011 Aceptado: marzo 2011

Este artículo debe citarse como: Rosales Aujang E, Jaime-Camacho MJ. Valoración de la calidad de la atención ofrecida a mujeres a quienes se realizó histerectomía. Ginecol Obstet Mex 2011;79(8):474-481.

Obstetricians and Gynecologists (ACOG), que identifican los resultados a corto plazo no evalúan lo que sucede a mediano o largo plazo, en los que se incluirían las expectativas de la paciente respecto al resultado obtenido en relación con el tratamiento proporcionado.⁴

OBJETIVO

Evaluar la calidad de la atención ofrecida a las pacientes histerectomizadas operadas por alguna alteración ginecológica. Se describen los diagnósticos desde la referencia del médico familiar hasta el alta por el ginecólogo; el resultado a corto y largo plazo; la satisfacción de la paciente (usuario externo) en cuanto a las expectativas que tenía al buscar atención médica y, por último, la satisfacción del ginecólogo (usuario interno) en relación con los recursos para la atención de las pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo que incluyó 118 pacientes a quienes se realizó histerectomía entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2010, en el servicio de Ginecología del Hospital General de Zona número 2 del IMSS, en la ciudad de Aguascalientes. Se registraron las siguientes variables: edad; antecedentes obstétricos, fecha y diagnóstico de referencia por parte del médico familiar, fecha de la primera consulta en Ginecología, diagnóstico clínico, diagnóstico ultrasonográfico, fecha de programación de la cirugía, diagnóstico quirúrgico, complicaciones quirúrgicas y de otro origen, tratamiento con antibióticos, duración de la cirugía, horas de estancia hospitalaria, cirugía programada y cirugía realizada, resultado histopatológico y tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta el alta del servicio en la consulta externa a su Unidad de Medicina Familiar. Los datos se incluyeron en los programas Excel y XlStat para obtener tendencias y gráficas.

De forma transversal se realizó una encuesta a los médicos que realizaron las histerectomías con preguntas sobre los procesos y recursos de la institución y a las pacientes al momento del alta a su Unidad de Medicina Familiar se les preguntó acerca de los procesos de atención y resultados obtenidos. Para medir la reacción de ambos usuarios a la intervención quirúrgica se utilizó la escala de Likert, con cinco posibles respuestas.

RESULTADOS

En la Figura 1 se observan los grupos de edad, el más numeroso fue el de 41 a 50 años. Al agregarles las pacientes del grupo de 30 a 40 años de edad, representaron 87% de las pacientes.

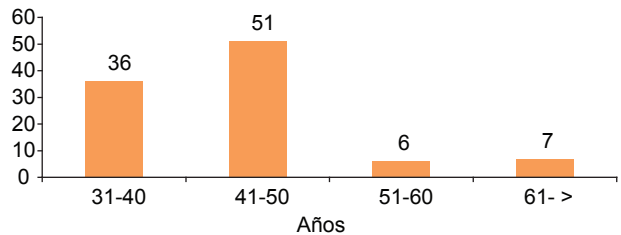


Figura 1. Porcentaje de pacientes por grupos de edad.

En el Cuadro 1 se muestran los antecedentes obstétricos. Destaca el número de pacientes con antecedente de cesárea que, en conjunto, suman 33%; este procedimiento implica mayor riesgo quirúrgico.

En el Cuadro 2 aparecen los porcentajes de pacientes y el tiempo transcurrido entre la referencia del médico familiar al ginecólogo, el lapso entre la primera cita de Ginecología y la cirugía y, por último, el porcentaje de pacientes y el tiempo transcurrido entre la cirugía y el alta a su Unidad de Medicina Familiar. El mayor porcentaje de

Cuadro 1. Antecedentes obstétricos de la población del estudio

Embarazos	%
0	4
1 - 3	51
4 - 6	34
7 - >	11
Partos	%
0	14
1 - 2	22
3 - 5	42
6 - >	12
Cesáreas	%
0	77
1	14
2	10
3	6
4	3

Cuadro 2. Porcentaje de pacientes según tiempos de referencia-contrarreferencia

<i>Intervalo en meses</i>	<i>Medicina familiar a Ginecología</i>	<i>Primera consulta de Ginecología a cirugía</i>	<i>De cirugía a Medicina familiar</i>
< - 1	63%	22%	4%
1 - 2	30%	16%	16%
2 - 3	4%	8%	7%
3 - 4	3%	54%	73%

las pacientes es referido oportunamente al especialista; sin embargo, al programar la cirugía el retraso es significativo. Esto también ocurre para el alta del servicio y contrarreferencia a su Unidad de Medicina Familiar.

En el Cuadro 3 se muestra la correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico por ultrasonido. El resultado histopatológico sólo se reportó en los casos de miomatosis uterina y quiste de ovario, debido a que son los que pueden comprobarse porque existe una baja correlación.

Cuadro 3. Correlación de diagnósticos realizados

<i>Diagnóstico</i>	<i>Clínico</i>	<i>Ultrasonido</i>	<i>Patología</i>
Miomatosis	73	101	63
Quiste de ovario	4	5	14

En el Cuadro 4 se observan los porcentajes de correlación de la cirugía programada con la cirugía realizada. También existe una baja correlación.

Las complicaciones ocurrieron en 19.44% de las pacientes (Cuadro 5).

Cuadro 4. Correlación cirugía programada vs realizada

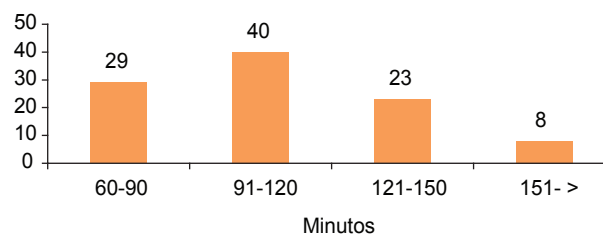
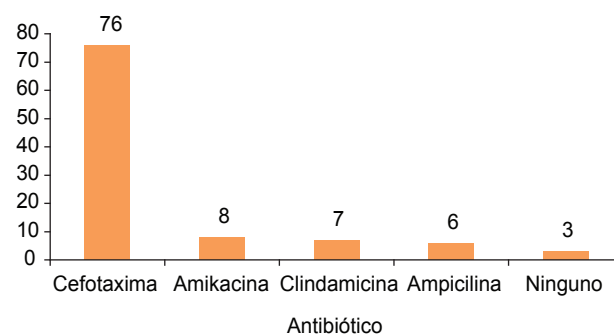
<i>Cirugía proyectada</i>	<i>%</i>	<i>Cirugía realizada</i>	<i>%</i>
Histerectomía total abdominal	82	Histerectomía total abdominal	44
Histerectomía + salpingooforectomía unilateral	5	Histerectomía + salpingooforectomía unilateral	28
Histerectomía + salpingooforectomía bilateral	7	Histerectomía + salpingooforectomía bilateral	22
Histerectomía total vaginal	6	Histerectomía total vaginal	6

Cuadro 5. Complicaciones

<i>Complicación</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Transfusión	7	5.93
Dificultad técnica	4	3.38
Punción de duramadre	3	2.54
Absceso de cúpula vaginal	2	1.69
Absceso de pared abdominal	2	1.69
Cirugía diferida	2	1.69
Fístula uréter - vagina	1	0.84
Retención urinaria	1	0.84
Dolor pélvico	1	0.84

En la Figura 2 se señala la duración promedio del procedimiento quirúrgico en minutos, registrado desde el momento en que inició la anestesia de la paciente hasta el cierre de la piel. Se encontró que 69% de los procedimientos se realizan en menos de dos horas. En la Figura 3 se señalan los antibióticos administrados y el porcentaje de pacientes que los recibieron.

En la Figura 4 se ejemplifica el porcentaje de pacientes y las horas de estancia hospitalaria desde el momento del ingreso al quirófano, hasta el egreso del hospital.


Figura 2. Porcentaje de duración de los procedimientos quirúrgicos.

Figura 3. Porcentaje de pacientes según antibiótico administrado.

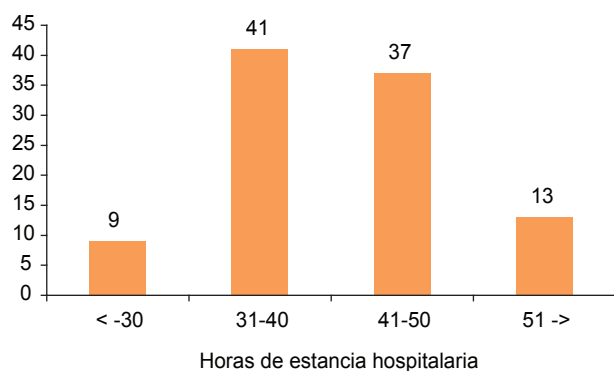


Figura 4. Porcentaje de pacientes según horas de estancia hospitalaria.

Para medir el grado de satisfacción de las pacientes y de los médicos tratantes, se realizó una encuesta con la escala de Likert a 86 pacientes y a 13 de los 18 médicos que realizaron las cirugías.

En el Cuadro 6 se muestran los porcentajes agrupados de las respuestas proporcionadas por las pacientes (calificación de 0 a las respuestas desfavorables y 10 a las favorables). Las pacientes tuvieron un grado de satisfacción elevado.

En el Cuadro 7 se muestran los resultados de la encuesta realizada a los médicos tratantes. Se observa que hay una gran insatisfacción en los médicos tratantes, puesto que las respuestas obtenidas están en ambos lados de la escala.

DISCUSIÓN

La atención médica con calidad es la que se otorga en forma oportuna y que satisface las necesidades de salud del paciente y las expectativas del prestador de servicios y de la institución para la que labora.

De acuerdo con esto, se espera que las pacientes (usuarias externas) atendidas por padecimientos ginecológicos tengan como expectativa que el médico familiar identifique correctamente sus necesidades de atención y que las refieran de manera oportuna al servicio de Ginecología para su tratamiento quirúrgico. Este proceso debe efectuarse de una forma sencilla, con un trato adecuado y sin trámites difíciles, para la pronta solución del problema.

Las expectativas del médico tratante (usuario interno) incluyen: brindar una atención adecuada, con instalaciones apropiadas, instrumental y material quirúrgico de buena calidad, apoyo y coordinación eficientes de los diferentes servicios que participan en la atención de la paciente y un reconocimiento a su trabajo, congruente con las activida-

Cuadro 6. Resultado porcentual de la encuesta a las pacientes

Calificación	0	2.5	5	7.5	10
Obtuvo una explicación adecuada del médico familiar	5.2			52.7	42.1
Su envío fue adecuado a Ginecología		5.2		57.9	36.9
Considera oportuna la primera cita		5.2		57.9	36.9
La explicación del ginecólogo fue adecuada				68.5	31.5
Considera oportuna la programación quirúrgica				42.1	57.9
El trámite de su cirugía fue sencillo		15.8	15.8	36.9	31.5
Recibió trato adecuado del ginecólogo en consulta			5.2	36.9	57.9
Recibió trato adecuado del anestesiólogo en consulta				52.6	47.4
Recibió trato adecuado del ginecólogo en el hospital				42.1	57.9
Recibió trato adecuado del anestesiólogo en el hospital				42.1	57.9
Recibió trato adecuado de la enfermera en el hospital			10.5	73.7	15.8
Recibió trato adecuado del personal administrativo no médico			10.5	63.2	26.3
Recibió trato adecuado del personal de laboratorio		5.2		52.6	42.2
Recibió trato adecuado del personal de radiología			5.2	68.5	26.3
Considera satisfactorio el resultado de su cirugía				36.8	63.2
La cirugía resolvió su problema				5.2	94.8
Repetiría el mismo tratamiento en el IMSS		10.5	10.5	21.1	57.9
Recomendaría al IMSS a alguien con un problema similar				21.1	78.9
Recibió trato adecuado de los directivos			5.2	68.5	26.3

Cuadro 7. Resultado porcentual de la encuesta a los médicos tratantes

Calificación	0	2.5	5	7.5	10
Considera adecuada la referencia a ginecología		37.5	37.5	25	
Considera adecuado el diagnóstico del ultrasonido			12.5	50	37.5
Considera adecuado el reporte de laboratorio		12.5		87.5	
Proceso de programación quirúrgica adecuado		50	25	25	
Considera adecuada la anestesia otorgada				100	
Considera adecuado el desempeño de la enfermera quirúrgica			12.5	87.5	
Considera adecuado el instrumental quirúrgico	37.5	50		12.5	
Considera adecuado el material quirúrgico	12.5	50	12.5	25	
Considera adecuados los medicamentos institucionales	12.5	12.5	12.5	62.5	
Considera adecuado el seguimiento posquirúrgico		75	12.5	12.5	
Considera adecuado el desempeño de la enfermera de piso		12.5	12.5	75	
Considera adecuado el apoyo administrativo	12.5	12.5	50	23	
Considera adecuado el diagnóstico de anatomía patológica			12.5	25	62.5
Considera adecuada la rotación por el servicio	25	12.5	12.5	50	
Considera adecuado el servicio que usted otorga				87.5	12.5

des que realiza y la responsabilidad que éstas conllevan, por parte de las autoridades.

Para la institución, las expectativas son que sus trabajadores otorguen una atención oportuna, apegada a las normas y programas de cada institución, dentro del presupuesto y recursos con que se cuenta para ello y traten de abatir los indicadores establecidos de: morbilidad, mortalidad, infecciones intrahospitalarias y días de estancia, con ausencia total de quejas por parte de las pacientes.

En nuestro estudio se encontró que existe un importante retraso en todos los procesos, que incluyen: desde la referencia de las pacientes de la Unidad de Medicina Familiar al servicio de Ginecología; de la primera cita a la programación quirúrgica y, por último, en el retorno a su Unidad de Medicina Familiar después de haberse atendido el padecimiento (Cuadro 2). Esto hace evidente que existen problemas en varios puntos. Conduce a suponer que no existe una coordinación adecuada en las unidades de medicina familiar para referir a las pacientes en forma oportuna y sencilla al servicio de Ginecología; aunque la mayoría de las pacientes son referidas en menos de un mes, el resto (37%) encuentra entorpecida su atención, quizá por la saturación de los servicios. Una vez atendidas en la consulta de Ginecología, el mayor porcentaje (53%) es programado para la intervención con un periodo de espera mayor a tres meses. Enseguida de la cirugía, el alta de la paciente se retarda por la entrega del informe histopato-

lógico y la saturación de la consulta externa para poder citarlas a la brevedad.

Sin embargo, la percepción de las pacientes no es completamente desfavorable, puesto que en la encuesta realizada, la mayoría respondió de forma favorable a las preguntas relacionadas con el proceso descrito. (Cuadro 6)

Respecto a la edad, 87% de las pacientes eran menores de 50 años, lo que teóricamente se traduce en menor posibilidad de complicaciones médicas o quirúrgicas por padecimientos degenerativos agregados. El 33% de las pacientes tenía antecedente de cesárea, lo que incrementó el riesgo quirúrgico. Esto coincide con lo reportado en la bibliografía que, además, sitúa a la histerectomía como el procedimiento quirúrgico que se realiza con mayor frecuencia en las mujeres al final de la etapa reproductiva.⁵

La confiabilidad con que cuentan otros servicios del hospital se pone en evidencia al correlacionar los diagnósticos obtenidos por ultrasonido y la deficiente contraparte con la clínica y el reporte histopatológico (Cuadro 2), como se reporta en estudios previos.⁶ Es necesario aclarar que en nuestro hospital, la ultrasonografía se realiza con transductor abdominal, lo que contribuye a disminuir la sensibilidad y la especificidad del estudio diagnóstico. Esto se confirma con la percepción que el usuario interno tiene del servicio de ultrasonido. (Cuadro 7)

En el Cuadro 4 se muestra la correlación de la cirugía programada con la cirugía realizada y se observa que existe una baja correlación cuando se programa la

extirpación o conservación de los anexos; esto no origina consecuencias importantes para la paciente, pero demuestra que existe un cumplimiento deficiente con lo programado. Esto puede estar motivado por la facilidad de realizarlo en las pacientes con adherencias o cercanas a la menopausia, debido a que un porcentaje importante se encuentra en los límites de 40 a 50 años de edad y, si a esto se suma el antecedente de al menos una cesárea en la tercera parte de las pacientes, puede esperarse mayor número de casos de adherencias.

La frecuencia de complicaciones es similar a lo reportado en la bibliografía.^{5,7,8} En nuestro estudio se observó que el mayor porcentaje de complicaciones se debió al instrumental y los materiales de sutura, lo que fue manifestado por el usuario interno como inconformidad porque, indudablemente, entorpecen el acto quirúrgico y favorecen la frecuencia de hemorragia, lo que trae como consecuencia la necesidad de trasfundir a las pacientes. En nuestro hospital las cirugías las realizan médicos ginecólogos de base porque se carece de médicos residentes, sólo hay médicos internos de pregrado, lo que favorece la posibilidad de mejor resultado, pero aumenta la dificultad por la comprensible falta de pericia de los médicos internos para ayudar en la cirugía. La duración de los procedimientos quirúrgicos es corta en la mayoría de los casos, lo que contribuye a reducir la posibilidad de complicaciones.⁸ (Figura 2)

Respecto a los antibióticos administrados, se observó que la mayoría de las pacientes recibió cefotaxima solo durante la estancia hospitalaria, que en la mayoría de los casos varió de tres a cinco dosis, que no es lo que se recomienda en la bibliografía como profilaxis;^{9,10} sin embargo, los resultados obtenidos fueron favorables, lo que se confirmó con el bajo porcentaje de complicaciones infecciosas.

En la mayoría de los casos, la estancia hospitalaria fue breve (Figura 4), lo que redujo el riesgo de infecciones hospitalarias. Sólo se prolongó la estancia de las pacientes que requirieron transfusiones por la dificultad para conseguir los paquetes sanguíneos.

Las complicaciones encontradas en nuestro estudio fueron mínimas de acuerdo con lo reportado y aceptado por la bibliografía para este tipo de atención. Aunque el total de las cirugías las realizaron médicos ginecólogos, no existió uniformidad de criterios porque provenían de diferentes escuelas y con diferente antigüedad laboral, lo

que conduce a suponer que los conocimientos médicos y actualizaciones, habilidades y experiencias no son las mismas y, al momento de tomar una decisión, esto incrementa la posibilidad de error o de algún resultado adverso, situación que afortunadamente no ocurrió.

Los resultados obtenidos de las encuestas efectuadas muestran cifras similares a las reportadas por Aguirre, que reflejan la satisfacción de las pacientes por la atención recibida y por los resultados obtenidos. Estos resultados contrastan con una realidad de nuestro medio: la insatisfacción de los médicos tratantes por la falta casi permanente de los recursos apropiados en los hospitales.² En los Cuadros 6 y 7 resaltan dos situaciones importantes: a pesar de la demora en la atención recibida, en las pacientes no existe inconformidad, según lo expresado en la encuesta. La segunda situación es que el personal médico muestra una inconformidad con situaciones que no dependen de él, puesto que la responsabilidad de la calidad del instrumental, material quirúrgico, medicamentos y procesos de atención, corresponde a la institución y cuando los médicos manifiestan que, a pesar de todo, el servicio que se otorga a las pacientes es adecuado y está respaldado por los resultados favorables en los indicadores institucionales, como la baja morbilidad y ausencia de mortalidad entre otros, demuestran la responsabilidad que caracteriza a todos los que nos sentimos orgullosos de nuestra profesión.

En el IMSS se establecieron diversos instrumentos para conocer la satisfacción del usuario externo aplicados por trabajadoras sociales que, en muchas ocasiones, realizan su entrevista a familiares o acompañantes de los pacientes, por lo que tienen otra visión de la situación y miden, principalmente, las características interpersonales entre la paciente y el prestador del servicio, que es representante de la atención proporcionada, pero sin medir las dificultades que éste pudiera tener para realizar su trabajo, lo que demerita la imagen del médico, mas no la del Instituto, y genera problemas de actitud en la atención proporcionada.

Las comisiones o equipos encargados de evaluar la calidad del servicio proporcionado deberían integrar en la evaluación, además de la satisfacción de quien recibe el servicio y los resultados del mismo, todas las características de los recursos con que cuenta el prestador del servicio, ya que en muchas ocasiones el error médico o el mal resultado de la atención se cataloga como negligencia

dentro del contexto de una mala praxis, sin considerar los recursos que se tienen para brindar la atención.

Es necesario desarrollar una cultura de calidad que le devuelva al médico el papel que tiene como elemento fundamental de la atención a los pacientes a través del refuerzo de los recursos institucionales y de promover una adecuada coordinación por parte de las autoridades de todos los elementos participantes que forman parte secundaria en este proceso.

Toda medición o evaluación de un proceso o servicio que no arroje resultados adversos, no debe ser parámetro para dejar de planear modificaciones correctivas o de actualización. En el proceso de mejora continua debe existir la convicción del aprendizaje permanente, con la modificación de estrategias de acuerdo con las circunstancias y no permanecer dentro del contexto de un esquema rígido que fue adecuado en algún momento y lugar, pero no en el presente. En las evaluaciones debe incluirse de forma sistemática al usuario interno como participante de la toma de decisiones, para transformar el liderazgo gerencial de las autoridades a un liderazgo compartido con los profesionales de la salud, para la corrección de los problemas encontrados y evaluar periódicamente a los responsables de la adjudicación de recursos materiales.

Podemos afirmar que la atención otorgada por el servicio de Ginecología en nuestro hospital es de buena calidad, de acuerdo con los resultados obtenidos y la percepción de las pacientes. Aún existen muchas inconformidades por parte del prestador del servicio que, aunque son situaciones que no repercuten en la salud de las pacientes, sí podrían tener consecuencias, dado que forman parte importante del proceso de atención y la identificación oportuna de estas situaciones laborales mediante evaluaciones periódicas, proporcionan a las autoridades institucionales una buena oportunidad de solucionarlas y mejorar la calidad de la atención que se brinda a la población asegurada.

CONCLUSIONES

En la actualidad, cualquier institución, sea o no de atención a la salud, debe evaluar periódicamente los procesos de atención y los servicios que otorga e implantar medidas y procedimientos de acuerdo con su población y sus propios recursos para identificar en forma oportuna anomalías e insatisfacciones de los usuarios y tomar las medidas pertinentes para solucionarlas e invitar al usuario interno a participar en la toma de decisiones, puesto que, finalmente, es el responsable de otorgar el servicio solicitado por el paciente y también de ofrecerles la oportunidad de convertirse en evaluadores de la función administrativa, para generar una cultura de superación o mejora permanente en todos los involucrados.

REFERENCIAS

1. Loegering L, Reiter RC, Gambone JC. Valoración de la calidad en la atención médica. *Clin Obst Gynec* 1994;37:113-125.
2. Aguirre GH. Evaluación de la calidad de atención médica. *Sal Pub Mex* 1990;32:170-178.
3. Donabedian A. The quality of care, how can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-1748.
4. American College of Obstetrician and Gynecologists. Criteria sets in quality assurance in obstetrics and Gynecology. 1st ed. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1989;13-43.
5. Villet R, Salet-Lizee D. Hystérectomie par voie abdominale (pour lésions bénignes). En: *Encycl. Méd. Chir. Techniques Chirurgicales. Urologie. Gynécologie* 41600, Paris: Elsevier, 1995;18.
6. Rosales AE, Jaime CMJ. Valor real del ultrasonido en ginecología. *Ginecol Obstet Mex* 1998;66:293-296.
7. Fernández del Castillo SC. Histerectomía ginecológica. Conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:349-352.
8. Thompson JD. Histerectomía. En: *Te Linde's Operative Gynecology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1993;608-676.
9. Mead PB. Infecciones posoperatorias. En: *Te Linde's Operative Gynecology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1993;187-198.
10. Graham JM, Oshiro BT, Blanco JD. Cefalosporinas de espectro limitado. *Clin Gynec Obst Temas Actuales* 1992;19:441-450.