

EVALUACIÓN DEL TRATO: PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 11 DEL IMSS

Alumna: *Martha Elvia Sánchez Chiñas*

Directora de Tesis: *Ma. del Rocío Salado Pérez*

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Antecedentes relacionados con el problema

La evaluación de los sistemas de salud habitualmente se ha enfocado al estudio de estructuras, procesos y/o resultados de programas, servicios y políticas del sector. Esto ha permitido realizar la medición del cumplimiento de metas operativas, así como ponderar el impacto de dichos programas, servicios y políticas sobre determinados indicadores de condiciones de salud. No obstante, el logro de las metas operativas y la mejora de algunas condiciones de salud, no siempre garantiza el éxito de una iniciativa de salud o el cumplimiento de sus objetivos finales.¹

Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de complementar las evaluaciones ya existentes con indicadores que permitan medir el desempeño global de los sistemas, lo cual significa cuantificar el grado en que los sistemas de salud alcanzan sus objetivos finales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea realizar la medición del desempeño de los sistemas de salud con base en los siguientes objetivos finales: 1) mejorar la salud de la población; 2) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y 3) garantizar seguridad financiera en materia de salud. Cada objetivo tiene definido un indicador conceptualmente relacionado con él.²

En lo que respecta al segundo objetivo, la OMS plantea utilizar el indicador de trato adecuado, el cual hace referencia a ocho dominios que son expectativas legítimas de la población y pueden ser identificados durante la interacción de los usuarios con el sistema de salud. Los dominios que tienen que ver con derechos universales de los individuos son: autonomía, confidencialidad, trato digno, comunicación. Los dominios que tienen como

finalidad brindar una atención de calidad al "cliente" son: atención pronta, capacidad de elección, acceso a redes de apoyo social y condiciones de las instalaciones básicas. La legitimidad de los dominios se basa en la adhesión de los países a tratados internacionales que buscan proteger y promover los derechos humanos.³

Los ocho dominios se enlistan a continuación con una breve descripción:

Autonomía. Es el derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Hace referencia a respetar el derecho del usuario para rechazar algún tratamiento y ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.³

Confidencialidad. Se refiere a que la información proporcionada por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto del usuario.³

Trato digno. Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal –médico y no- del sistema.³

Comunicación. Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él.³

Atención pronta. Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta.³

Capacidad de elección del proveedor de servicios. En este dominio se incluye el derecho que tienen los usuarios de decidir dónde (institución) y con quién atenderse (personal de salud).³

Acceso a redes sociales de apoyo. En él se incluyen los derechos de los pacientes a recibir visitas de familiares y amigos, es decir, que no se encuentren aislados y sostengan contacto con su entorno social.³

Condiciones de las instalaciones básicas. Comprende atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y ventilación de las instalaciones, servicios sanitarios limpios y salas de espera confortables. En el ámbito hospitalario se incluyen, además, la calidad de los alimentos, la limpieza de las camas y la dotación de ropa adecuada.³

De los ocho componentes, siete se miden en atención ambulatoria y en atención hospitalaria, se evalúa además, el dominio de acceso a redes sociales de apoyo.²

Para conformar el "índice de trato adecuado" (véase cuadro I), se le asigna una determinada posición y ponderación a cada dominio². Para construir el índice, primero se deben obtener los promedios de los dominios que conforman el indicador de trato adecuado. Posteriormente se calcula el promedio ponderado, para lo cual se utilizan los pesos relativos. En la atención ambulatoria se debe realizar un ajuste de la ponderación, ya que sólo se incluyen siete dominios. Dicho ajuste se lleva a cabo dividiendo el peso relativo original entre 0.96.²

Cuadro I. Componentes del Trato Adecuado

| Posición relativa | Componente | Ponderación (%) |
|-------------------|------------------------------|-----------------|
| 1 | Atención pronta | 19 |
| 2 | Comunicación | 15 |
| 3 | Dignidad | 14 |
| 4 | Confidencialidad | 13 |
| 5 | Capacidad de elección | 12 |
| 6 | Autonomía | 11 |
| 7 | Calidad de las instalaciones | 10 |
| 8 | Apoyo de redes sociales | 6 |

La OMS propone una metodología para el análisis estadístico de la información que incluye:

La emisión de resultados de carácter descriptivo de los principales indicadores contenidos en la base de datos;

El análisis comparativo para establecer diferencias en los resultados obtenidos de acuerdo a características de tipo social y demográfico, entre otras, y

La construcción de un índice de trato, para lo cual se utilizan los ponderadores respectivos para cada dominio y se asigna el mismo valor al índice calculado para la atención ambulatoria y para la atención hospitalaria.²

En México, en el año 2002, Tapia Cruz⁴ realizó un estudio sobre los objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, con el fin de conocer la importancia que estos tenían para la población y describir sus determinantes. 31.8% de la población analizada consideró más importante el objetivo de mejorar el trato dentro del sistema de salud. 29.5% calificó como más importante el objetivo de mejorar la salud de la población. 17.4% estimó importante minimizar las diferencias entre las personas respecto de la salud. 13% valoró que reducir las desigualdades en la capacidad de respuesta del sistema tenía mayor importancia, y 8.3% consideró que lograr la equidad en la contribución financiera dentro del Sistema de Salud era lo prioritario.

Se identificó que la importancia asignada por la población a los objetivos, se relaciona con la experiencia de ésta durante su interacción con los servicios de salud, sus características personales y la influencia que ejercen diversos factores externos sobre el individuo. Con la información obtenida, se pudo determinar que para un número considerable de la población, contar con un sistema de salud que respetara la dignidad de las personas y ofreciera servicios orientados al usuario era una aspiración inaplazable.⁴

En lo referente a las evaluaciones del trato adecuado en México, los primeros datos se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED), realizada entre noviembre de 2002 y marzo de 2003. Fue coordinada por la Secretaría de Salud; el Instituto Nacional de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud participaron en el diseño, levantamiento y análisis de la encuesta. Se incluyeron las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.⁵

En lo que respecta al apartado del trato adecuado de la ENED 2002-2003, las calificaciones ajustadas por expectativas para cada uno de los dominios, tanto en la atención ambulatoria como en la atención hospitalaria, indicaron que los dominios con calificaciones más bajas fueron la capacidad de elección (60 y 51.5), la autonomía (67.9 y 66.5) y la confidencialidad (68.7 y 67). Las condiciones de las instalaciones, la comunicación y el trato digno tuvieron calificaciones por arriba de 80 en una escala de 0-100.⁵

Los resultados ajustados por tipo de institución, mostraron que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) obtuvieron los valores más bajos en la atención ambulatoria. Los dominios con menor calificación fueron la capacidad de elección (53.6 y 55.3), la autonomía (63.6 y 63.4), la atención pronta (63.7 y 64.8) y la confidencialidad (64.2 y 66.9). Los dominios de trato digno, comunicación y condiciones de las instalaciones lograron calificaciones por arriba de 70 en una escala del 0-100.⁵

En la atención hospitalaria las instituciones de seguridad social se agruparon en el rubro de público, en donde los dominios con menores calificaciones fueron la capacidad de elección (53.6), la autonomía (64.2), la confidencialidad (64.8) y la atención pronta (69.2). El trato digno, la comunicación y el apoyo social obtuvieron calificaciones superiores a 70. Las condiciones de las instalaciones básicas tuvieron una puntuación de 80. Las instituciones privadas que ofrecen servicios hospitalarios, fueron calificadas más altas en los dominios de condiciones de las instalaciones, apoyo social, trato digno y comunicación, en los que obtuvieron calificaciones por arriba de 80 en una escala del 0-100. El dominio con menor calificación fue la capacidad de elección con una calificación de 65.8.⁵

De lo anterior, se puede concluir que el objetivo de ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, mostraba áreas de rezago que debían atenderse oportunamente para tratar de lograr uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud. Lo cual implicaba otorgarle al trato el valor que merecía, para poder impulsar las acciones necesarias y modificar las fallas que provocaban que, en ciertos dominios, el trato tuviera un comportamiento deficiente.⁵

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006⁶ (PNS 2001-2006), se implementó la estrategia conocida como Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual establecía como uno de sus objetivos, "proporcionar a los pacientes trato digno y atención médica efectiva, ética y segura como elementos que definen la calidad".⁶

En la Cruzada, el trato digno implicaba el respeto a los derechos humanos y a las características individuales de las personas; información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien era responsable de él o de ella; interés manifiesto en la persona, en sus

mensajes, sensaciones y sentimientos; y amabilidad. La medición del trato digno, en el segundo nivel de atención, se realizaba sólo en el servicio de urgencias y medía el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico y el trato brindado por el personal en la unidad médica.⁷

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012⁸ (PNS 2007-2012), se plantea como uno de los objetivos "prestar servicios de salud con calidad y seguridad", con el fin de responder a las expectativas de los usuarios. Para cumplir dicho objetivo se establece la estrategia "situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud", cuya línea de acción es "implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud" especifica medir de manera regular la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, surtimiento de medicamentos, confort y lista de espera para evaluar la calidad percibida y el conocimiento de los derechos de los ciudadanos en las unidades médicas.⁸

Sin embargo, las mediciones establecidas en el PNS 2007-2012⁸ dejan de lado aspectos relacionados con la autonomía, confidencialidad, capacidad de elección y acceso a redes sociales de apoyo. Aparte de que las evaluaciones se siguen realizando sólo en consulta externa de primer nivel de atención, y en el segundo nivel de atención sólo se realizan mediciones del trato digno en urgencias. Lo cual manifiesta que existe en primer lugar, un vacío en cuanto a la evaluación integral de todos los dominios del trato adecuado en las instituciones de salud, y en segundo lugar no existen evaluaciones sistematizadas para el servicio de consulta externa de especialidades en el segundo nivel de atención.⁸

1.2. Marco teórico

1.2.1 Sistemas y servicios de salud

Existen diversos enfoques para el estudio de las organizaciones, siendo uno de ellos la teoría general de sistemas, la cual considera que aspectos como la apertura al medio y la influencia del contexto, son de suma importancia para comprender el funcionamiento de una organización. Un sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas que forman un todo organizado, donde el resultado es mayor que la suma de sus partes. El sistema está conformado por tres componentes: el económico, social y técnico. El primero se refiere al uso de recursos limitados; el segundo engloba la relación

que se da entre el recurso humano, los cuales trabajan para lograr un fin común; y el tercero, está relacionado con el uso de la tecnología para lograr el objetivo de la organización.⁹

Este enfoque puede aplicarse al sistema de salud, el cual se crea para dar respuesta a las necesidades y demandas de servicios de salud por parte de la sociedad. El sector salud está conformado por tres grandes subsistemas: la salud pública o salubridad, la atención médica y los servicios sociales o de asistencia social.¹⁰

Trasladando el enfoque de la teoría general de sistemas a la atención médica, se tiene que el objetivo de un sistema de atención médica es "mejorar el nivel de salud en los individuos y por tanto contribuir a mejorar el nivel de salud en la comunidad".¹⁰ Dicho sistema está conformado por:

Una estructura constituida por Institutos Nacionales y Centros Médicos Nacionales o Regionales; hospitales generales, de zona o subzona y clínicas-hospitales; unidades de medicina familiar y centros de salud;

Recursos o insumos, los pacientes se consideran uno de los principales recursos, ya que son el objetivo de la atención médica y quienes reciben el servicio final. También se consideran los recursos humanos, materiales, económicos y técnicos;

Procesos, es decir, las interrelaciones que conforman la trama normativa que une a todos los componentes o unidades médicas, conformadas por todas las actividades que se llevan a cabo para otorgar la atención médica;

El medio o entorno de la atención médica, el cual está constituido por la zona de influencia, en la que existen usuarios o personas con derecho a las prestaciones médicas;

Un mecanismo regulador, integrado por organismos directivos que tienen características ejecutivas y asesoras, ubicados a nivel central, regional y local; los cuales realizan funciones de planeación dirección y control;

Resultados, los cuales no pueden determinarse de forma precisa, debido a que éstos dependen de las condiciones específicas de cada paciente, de la oportunidad, capacidad e inteligencia del personal de salud para generar cambios favorables en los individuos.¹⁰

Estos elementos pueden trasladarse a la consulta externa de especialidades del segundo nivel de atención, en donde se brinda atención a pacientes ambulatorios con padecimientos que requieren ser atendidos por especialidades de: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía, traumatología, otorrinolaringología, dermatología, oftalmología, etc.¹⁰

La consulta externa ha desencadenado una polémica, la cual tiene que ver con la elección democrática del médico, ya que sólo puede ofrecer un grupo reducido de profesionales de la medicina y por lo tanto niega dicha posibilidad de elección.¹⁰ La consulta externa presenta una serie de inconvenientes, los cuales son:

Largas esperas, lo cual significa pérdida de tiempo y de ingresos, y en ocasiones la exposición al contagio, principalmente en los servicios de pediatría. Las situaciones que ocasionan los tiempos de espera prolongados se relacionan con la naturaleza del propio trabajo médico, la impuntualidad del paciente o la llegada simultánea de varios de ellos.¹⁰

Congestionamiento de pacientes, esto se da por el diseño inadecuado de las instalaciones físicas o porque los asientos son insuficientes para todos los pacientes que esperan pasar a consulta.¹⁰

Tratamiento inadecuado. Aparte de la sobrepoblación de pacientes, a la consulta externa acuden pacientes con dolencias triviales, los cuales congestionan y ocupan tiempo del médico, lo cual ocasiona que éste adopte actitudes rutinarias y pase por alto problemas de diagnóstico que un examen un poco más profundo pondría en evidencia.¹⁰

Burocratización. Esta es consecuencia del manejo de diversas formas clínicas y administrativas, las cuales al extraviarse causan pérdida de tiempo y las debidas reclamaciones, más aún si el personal administrativo carece de vocación de servicio.¹⁰

Falta de interés. Ocurre principalmente por la rotación de estudiantes internos o residentes en la consulta externa, los cuales llegan a percibir la formación como rutinaria y fastidiosa, de la cual no obtendrán provecho técnico.¹⁰

En el proceso de atención de la consulta externa intervienen los departamentos de recepción, archivo clínico, los consultorios médicos, y farmacia. Para poder brindar la atención en cada uno de los departamentos

se requiere de personal médico, paramédico y administrativo, los cuales participan de forma directa en las fases de ingreso, atención médica y egreso. Por lo tanto, la comunicación, la coordinación, la actitud positiva y propositiva del personal, así como la participación interactiva y armónica del paciente, su familia y el personal son trascendentes en el proceso de atención de consulta externa de especialidades.¹⁰

1.2.2 Calidad de atención a la salud

La calidad puede hacer referencia a diversos 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 filosofía empresarial. Numerosas definiciones de calidad se han producido en los últimos años, desde la interpretación de "la conformidad con las especificaciones", en donde no se tomaba en consideración la respuesta a las necesidades del usuario, hasta llegar a la actual en donde se toma en cuenta "la satisfacción de las expectativas del cliente".¹¹

En México, la actual administración señala la necesidad de brindar servicios de salud en un marco que asegure la calidad en la atención médica, con base en la normatividad y en la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Para lograr lo anterior se requiere que las instituciones de salud implanten e implementen un modelo de gestión de calidad, el cual implica la aplicación del enfoque de sistemas, el trabajo en equipo, la mejora continua y enfoque al usuario.¹²

La aplicación del concepto de calidad, a la salud, ha producido diversas definiciones. Ruelas¹³ define la calidad como el cúmulo de características, atributos y especificaciones que tienen los bienes o servicios y que permiten agruparlos en diversas categorías vinculadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los pacientes.¹³

Para Ruelas y Querol¹⁴ la calidad es un atributo de la atención médica que puede proporcionarse en varios grados. Se define como el alcance de los mayores beneficios probables de la atención médica con los menores riesgos para el paciente.¹⁴

Varo¹¹ señala que la calidad de la atención se refiere a la capacidad que puede tener una unidad hospitalaria o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los usuarios de servicios de salud.¹¹

Donabedian¹⁵ define la calidad como "una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables", y señala que los juicios sobre calidad frecuentemente no se realizan sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el sistema de salud que presta el servicio. Lo anterior da como resultado, que los atributos de esas personas y sistemas se utilicen, alternativa o simultáneamente, tanto para definir como para juzgar la calidad. Este autor establece tres elementos básicos de una definición de calidad: los aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades.¹⁵

La dimensión técnica es "la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud", en este sentido la calidad de la atención técnica reside en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. Hace referencia al uso de los recursos financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo.¹⁵

La dimensión interpersonal radica en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. Donabedian (citado por Van-Dick)¹⁶ señala que "el manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares". Dichas normas están consolidadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones vinculadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. Por lo tanto, la calidad de la relación interpersonal debe medirse por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.¹⁶

Domínguez y Prat¹⁷ denominan a esta dimensión calidad extrínseca o percibida y la definen como "la satisfacción del usuario respecto al servicio recibido". Mencionan que es el componente humanitario que integra el trato, la información, las condiciones ambientales, las instalaciones y la hostelería.¹⁷

De acuerdo a Donabedian,¹⁵ el tercer elemento de la atención son las amenidades, el término hace referencia a características concretas tales como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, una cama cómoda, buena alimentación, entre otras. Este componente es parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los

que se presta la atención médica, se considera parte de la relación interpersonal, ya que implica interés por la satisfacción del paciente, independientemente de quien las proporcione, ya sea el médico, la práctica privada que él controla o la institución de la que él forma parte.¹⁵

Para Donabedian¹⁵ la accesibilidad, también forman parte de la definición de la calidad. Define la accesibilidad como la facilidad con la que se inicia y se mantiene la atención, la cual depende de las propiedades de los proveedores (instituciones o individuos) y de las habilidades de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que puedan interponerse entre ellos y la recepción de la atención.¹⁵

Los fundamentos mencionados anteriormente, llevan a un concepto unificador de la calidad de la atención propuesto por el autor, quien la define como aquella clase de atención que se espera logre proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haberse tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes.¹⁵

1.2.3 Evaluación de la calidad

En lo que respecta al término de evaluación, Nadal¹⁸ lo define como "el proceso de obtención y análisis de información", el cual se realiza con el fin de medir el resultado obtenido por un programa, centro, servicio o actividad y analizar las circunstancias que han influido en dichos resultados.¹⁸

Nadal¹⁸ señala una serie de características que una evaluación correcta debe poseer: a) objetividad, debe medir y analizar los hechos tal y como éstos ocurren en la realidad; b) validez, debe medir, de forma demostrable, lo que pretende medir, permitiendo el conocimiento cuantitativo y cualitativo del objeto de la evaluación; c) fiabilidad, sus resultados deben ser reproducibles cuando se aplican al mismo objeto en diferentes ocasiones; d) operatividad, debe ser válida para el proceso de toma de decisiones.¹⁸

La evaluación es un instrumento eficaz para mejorar la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, por mencionar algunas. De igual forma, permite identificar

y consolidar las mejores prácticas institucionales, y constituye un instrumento de aprendizaje en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas.¹⁸

Donabedian¹⁵ estableció tres enfoques básicos para la evaluación de la calidad en salud: estructura, proceso y resultado. Por estructura, el autor entiende las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. Dicho concepto incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se requieren para proporcionar la atención médica, organización del financiamiento y la prestación de servicios de salud.¹⁵

El proceso hace referencia a "una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes", para realizar un juicio de la calidad es necesario conocer sobre la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar.¹⁵

El término resultado, significa un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede atribuirse al antecedente de la atención médica. Incluye el mejoramiento de la función social y psicológica, además de los aspectos físicos y fisiológicos de la actuación, las actitudes del paciente (incluyendo su satisfacción), el conocimiento adquirido sobre su salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud.¹⁵

Donabedian¹⁵ formuló una tabulación cruzada de atributos y enfoques para evaluar la calidad. Para el manejo del proceso interpersonal propone realizar la evaluación de la estructura, proceso y resultado con base a los siguientes elementos:

Estructura: estabilidad de afecto hacia un médico personal, disponibilidad de tiempo adecuado para que los médicos puedan dedicarlo a los pacientes, incorporación de amenidades al ambiente físico, operación de las instalaciones, la presencia y el funcionamiento de mecanismos adecuados para atender las sugerencias y quejas de los pacientes, satisfacción de los profesionales y otros miembros del personal con las condiciones de trabajo y con sus recompensas materiales y psíquicas.¹⁵

Proceso: la forma como el personal de salud atiende a los pacientes, interés, cortesía, respeto por la autonomía del paciente, mantenimiento de privacidad, explicación, confianza, apoyo; aceptación del paciente sin hacer juicios sobre su enfermedad y su conducta, empleo de bastante tiempo, es decir, no apurar al paciente.¹⁵

Resultados relacionados con el paciente: satisfacción con las amenidades de la atención y los aspectos de la relación interpersonal, comprensión de la enfermedad y del régimen de atención, adhesión al régimen, cambio del médico primario dentro del plan, uso de servicios fuera del plan. En general, establecimientos de conductas que indican que se hace frente con éxito a la enfermedad e incapacidad.¹⁵

Resultados relacionados con el profesional: satisfacción en las relaciones con los clientes, opiniones acerca de la conducta del paciente, conocimiento de los intereses y problemas del paciente.¹⁵

Aguirre Gas¹⁹ plantea que la evaluación de la calidad en salud puede estudiarse desde distintos puntos de vista, en función de las expectativas de la institución, el trabajador y el paciente:

Expectativas de la institución. Engloba la prestación de atención por parte de los trabajadores brindada con: oportunidad, calidad en la utilización de las normas y programas que la propia institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados, conforme con el presupuesto de costos calculado, con disminución de la mortalidad y ausencia de quejas.¹⁹

Expectativas del trabajador. El trabajador desea brindar atención a los pacientes considerando contar con: instalaciones, equipo e instrumental apropiados; coordinación y apoyo de las diversas áreas que intervienen en la atención del paciente; reconocimiento de su jefe y compañeros por las actividades realizadas; y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.¹⁹

Expectativas del paciente. Éstos esperan disponer de servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; con atención amable y en forma oportuna; con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo; contar con información suficiente por parte del personal

administrativo, médico, paramédico y de enfermería; con recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación. De igual forma esperan disponer de personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga.¹⁹

1.2.4. Expectativas de los usuarios

La evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios ha ido adquiriendo mayor relevancia, ya que se considera como un componente importante de la calidad de la atención. Sin embargo, aporta una apreciación a *posteriori*, puesto que no ofrece información sobre las disposiciones iniciales que el usuario manifestaba en el momento de solicitar el servicio. Por lo que sus creencias, actitudes, deseos, valores y expectativas quedan fuera de los elementos considerados, permaneciendo sin conocer aspectos que se relacionaban inicialmente con la demanda y finalmente con la propia satisfacción.²⁰

El término expectativa es un vocablo técnico utilizado por psicólogos, hace referencia a la suma de experiencias de un individuo, la cuales pueden ser personales o vicarias. Esta última proviene de los padres, los grupos de amigos, los maestros y los libros. Hersey y Blanchard²¹ definen las expectativas como "la probabilidad percibida de satisfacer una necesidad sobre la base de la experiencia".²¹

Martínez-Azumendi²² define la expectativa como "la creencia en que se haga realmente efectiva determinada eventualidad relacionada con los deseos y esperanzas del usuario". Señala que la expectativa involucraría un elemento de realismo al exigir tomar en cuenta el conocimiento y experiencia previa que una persona tiene de los servicios a los que se dirige (aunque sea de una forma genérica) y lo que de ellos puede esperar.²²

La satisfacción final del usuario, es el resultado de la diferencia entre su percepción del servicio que recibe y sus expectativas previas. Las expectativas pueden ser ideales (aspiraciones teóricas), previas (creencia empírica de lo que sucederá), normativas (de lo que debería suceder) y no formadas (no existe un criterio declarado).²³

Los usuarios esperan recibir un trato adecuado cuando solicitan atención en una unidad de salud, sin embargo, existen claras diferencias culturales sobre la jerarquía de los dominios y no poseen la misma importancia entre grupos de población.²⁴ La importancia se define como "calidad de lo que es de mucho valor; carácter de lo que es considerable".²⁵ Por lo tanto, no todas las personas le darán la misma importancia a cada uno de los dominios del trato, puesto que ésta se determina en función de sus creencias, actitudes, deseos y valores.²⁴

Con base en lo anterior, la presente investigación se fundamentará en la propuesta teórica de Donabedian, ya que el trato adecuado puede ubicarse en la dimensión interpersonal, puesto que los dominios que lo conforman se consideran expectativas legítimas y universales que tienen las personas, las cuales son dictadas por normas éticas y aspiraciones sociales y pueden identificarse durante la interacción de los usuarios con el sistema de salud. Cabe aclarar que el dominio de atención pronta, se ubica dentro del atributo de accesibilidad, el cual también forma parte de la definición de calidad propuesta por Donabedian.

La evaluación se realizará de acuerdo a los tres enfoques propuestos por el mismo autor: estructura (condiciones de las instalaciones básicas, capacidad de elección del proveedor, atención pronta) proceso (trato digno, autonomía, confidencialidad, comunicación) y resultado (satisfacción del paciente con el trato que recibe).

La evaluación del trato adecuado se realizará en función de las expectativas del usuario, de acuerdo a la propuesta de Aguirre Gas. Cabe señalar que los elementos que Donabedian propone para evaluar la dimensión interpersonal en estructura y proceso, coinciden con lo planteado con Aguirre Gas en lo que respecta a las expectativas del paciente.

Debido a que la investigación se llevará a cabo en el servicio de consulta externa de especialidades del hospital, los dominios acceso a redes de apoyo social y condiciones de las instalaciones básicas (relacionadas con hospitalización, como cama cómoda, alimentación, etc.) no se evaluarán.

1.3 Argumentación empírica

Existen tres investigaciones recientes que se han enfocado al estudio del trato adecuado y han utilizado

la metodología propuesta por la OMS para la evaluación de este objetivo fundamental de los sistemas de salud.

1.3.1 Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México

La investigación fue realizada por Puentes-Rosas, Gómez-Dantes y Garrido Latorre, en el año 2005. El objetivo del trabajo se centró en fundamentar que las diferencias en el trato que recibían los usuarios de salud, dependían principalmente del proveedor, independientemente de las condiciones socioeconómicas de los usuarios. La información se obtuvo a través de una encuesta (ENSATA 2005) aplicada a 18,018 usuarios que acudieron a 73 servicios de salud de 13 estados de México. El tamaño de la muestra se estratificó entre las instituciones de acuerdo con el volumen de servicios que cada una ofrecía. Los usuarios se seleccionaron de forma aleatoria a través de un muestreo sistemático por institución.²⁶

Dentro de los resultados más importantes se destaca que las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) manifestaron el peor desempeño. El trato respetuoso fue el dominio mejor calificado, mientras que la capacidad de elección del proveedor y las condiciones de las instalaciones básicas obtuvieron la menor calificación.²⁶

Las principales conclusiones señalan que los diferentes proveedores públicos de servicios de salud de México tratan de forma diferente a sus usuarios, independientemente de sus características socioeconómicas. Indican la necesidad de realizar modificaciones organizativas, puesto que las deficiencias encontradas no se determinan únicamente por el perfil del personal de salud, sino también por aspectos concernientes a la forma en que está constituido el sistema de salud en México.²⁶

1.3.2 Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios

El estudio fue efectuado por Puentes-Rosas, Ruelas, Martínez-Monroy y Garrido-Latorre, en el año 2004. El objetivo de la investigación era presentar y discutir los resultados de la evaluación del sistema mexicano de salud en materia de trato adecuado. Los datos se obtuvieron de la ENED 2002-2003. El diseño muestral fue probabilístico, por conglomerados y polietápico. Se encuestaron 38,746 hogares. Para obtener la información se interrogó a un individuo mayor de 18 años de edad seleccionado aleatoriamente.⁵

Los resultados obtenidos mostraron que variables como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad y el tipo de institución donde se recibe la atención pueden determinar el nivel de expectativas de los usuarios. De igual forma se encontró que la calidad de las interacciones anteriores con las instituciones de salud está relacionada con el nivel de expectativas. La principal diferencia, en cuanto a los dominios del trato adecuado, está relacionada con la institución que presta la atención: en la atención ambulatoria los grandes servicios de seguridad social (IMSS e ISSSTE) se ubicaron por debajo de los servicios de la Secretaría de Salud y de los privados. En la atención hospitalaria, los servicios privados recibieron calificaciones más altas que los públicos.⁵

Las conclusiones señalan que el componente de trato presenta áreas de rezago que deben ser atendidas oportunamente para tratar de alcanzar uno de los objetivos fundamentales del sistema de salud.⁵

1.3.3 Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema de salud mexicano

La investigación se efectuó en el 2004, a cargo de Puentes-Rosas y Martínez-Monroy. El objetivo del trabajo era mostrar la percepción del trato brindado en el sistema de salud mexicano, enfocándose principalmente en las diferencias entre hombres y mujeres. La información se obtuvo de la ENED 2002-2003, efectuada en México, la encuesta tuvo un diseño muestral probabilístico, por conglomerados y polietápico. Se entrevistaron 38,746 hogares, la información se obtuvo de entrevistas realizadas a individuos mayores de 18 años de edad.²⁷

Los resultados obtenidos fueron que las mujeres mostraron mayores porcentajes de aprobación que los hombres para siete de los ocho dominios del trato. A excepción de la atención pronta en el ámbito de atención ambulatoria. En la atención hospitalaria, las mayores diferencias se presentaron en la comunicación y en la capacidad de elección. Las principales causas de maltrato en ambos sexos fueron la falta de dinero y clase social. En las mujeres el maltrato se relacionó con su propia condición de mujer.²⁷

Las principales conclusiones indicaron que es necesario impulsar la autonomía de los usuarios de los servicios de salud, lo cual implica cambiar de raíz el modelo predominante en la atención médica, el cual suele ser paternalista, así como impulsar acciones para corregir las fallas detectadas, especialmente una estrategia educativa dirigida a sensibilizar a las nuevas generaciones de trabajadores de la salud.²⁷

Existen otras investigaciones que se han enfocado a la evaluación de la calidad de la atención en salud y la satisfacción del paciente, en las cuales se analizan dimensiones como el trato digno, comunicación, atención pronta y condiciones de las instalaciones básicas. Cada una de las investigaciones utiliza metodologías diferentes, mismas que se presentan a continuación.

1.3.4 Satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación

La investigación se efectuó en el 2005, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte del IMSS, en México. Los investigadores participantes fueron Escobar-Rodríguez, Rivera-Ibarra, Servín-Álvarez, Ortiz-Cázares y Juárez López. El estudio tenía como objetivo diseñar y validar un instrumento que permitiera evaluar la satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación en forma global, determinando los dominios y elaborando los ítems correspondientes a cada uno de ellos.²⁸

Se realizó revisión de la literatura con el fin de determinar los dominios del constructo satisfacción, los cuales fueron: comunicación del proveedor con el paciente, tiempo de espera, tratamiento, competencia profesional, humanidad, acceso, higiene e interés del equipo de salud hacia el usuario. Se procedió a la elaboración de los ítems para posteriormente realizar una prueba piloto. La validez de apariencia y contenido fue establecida por profesionales del área de rehabilitación. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el método de coeficiente Alfa de Cronbach.²⁸

En el apartado de resultados se expuso que el cuestionario fue aplicado a 85 usuarios de los servicios de rehabilitación al momento de su egreso. La evaluación del cuestionario arrojó un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.8021, lo cual indicó que el instrumento mostraba la validez y confiabilidad apropiada para su aplicación en la evaluación de la satisfacción.²⁸

1.3.5 Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar

El estudio se realizó en el año 2004, participaron en su elaboración Guzmán, Ramos-Córdova, Castañeda-Sánchez, Del Castillo-Sánchez y Gómez-Alcalá. El objetivo de la investigación era evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta externa, con la recepción y atención médica de la Unidad de Medicina

Familiar 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Ciudad Obregón, Sonora.²⁹

El tipo de estudio fue transversal descriptivo de la actividad de un día del mes enero de 2004. La muestra estuvo conformada por 380 usuarios extraídos de la base de 38 mil consultas mensuales, incluyéndose derechohabientes mayores de 15 años que recibieron consulta en alguno de los turnos de ese día.²⁹

La satisfacción se evaluó a través de un cuestionario que incluía reactivos sobre la oportunidad, amabilidad, atención, resultados, información, comodidad, cita médica, exploración, relación médico-paciente, número de medicamentos y percepción del trato general.²⁹

Los resultados analizados mostraron que la recepción obtuvo una calificación de excelente por 85 usuarios (22.1%), suficiente por 138 (36.3%) e insuficiente por 142 (37.4%). En lo que respecta a la atención médica fue calificada como excelente por 123 usuarios (32.4%) y apenas suficiente por 157 (41.3%). La percepción del trato recibido fue buena en 232 usuarios (61.1%).²⁹

Las conclusiones señalaron que, a pesar de que más de la mitad de los usuarios percibieron un buen trato, éstos frecuentemente se muestran inconformes con la atención médica recibida. Las recomendaciones apuntan a profundizar en los factores que influyen en la inconformidad, tales como el trato en la recepción, el surtido de medicamentos en farmacia, la cantidad y tipo de asientos en la sala de espera, la limpieza en salas de espera y consultorio, así como la concertación de citas y consultas por teléfono.²⁹

1.3.6 Satisfacción del usuario como indicador de calidad

La investigación se efectuó en el año 2002, participaron en su diseño Jiménez y Villegas, Ortega-Vargas, Cruz-Ayala, Cruz-Corchado, Quintero-Barrios et al. Su objetivo era conocer y analizar el grado de satisfacción de los usuarios externos de los servicios de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, de México. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 431 usuarios de hospitalización, consulta externa y usuarios externos indirectos.³⁰

Los resultados mostraron que la satisfacción del usuario externo directo es de 70%, mientras que el usuario externo indirecto se mostró satisfecho en un 74%. En las conclusiones se señala que el trato personal e

individualizado es deficiente, la educación para la salud y el auto cuidado es insuficiente, existe poca disposición para resolver dudas, la explicación del procedimiento durante su realización es insuficiente, la cortesía y oportunidad de la enfermera en el desarrollo de los procedimientos es insatisfactorio. Concluyen confirmando que la metodología utilizada para la evaluación es adecuada, sin embargo reconocieron que será revisada para subsanar las inconsistencias que pudiera tener.³⁰

1.3.7. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias.

El trabajo fue desarrollado por Bronfman-Pertsovsky, López-Moreno, Magis-Rodríguez, Moreno-Altamirano, Rutstein, en el año 2002. El estudio buscaba evaluar el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México, y comparar con algunas características del proveedor y del servicio. Se aplicó una encuesta transversal, en el año 2000, a 217 pares de proveedores – usuarias de servicios de salud, las cuales se entrevistaron en 95 unidades de atención de primer nivel de atención, en ocho entidades federativas. La selección de cada centro al interior del estado se realizó siguiendo criterios de distribución secuencial y polietápica. La información se obtuvo a través de la observación directa de la consulta médica, entrevistas a proveedores y usuarias, así como de la aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores.³¹

Los principales hallazgos muestran que la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal se relaciona con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, edad o género. También se encontró que las usuarias pobres reciben, proporcionalmente, peor trato.³¹

En las conclusiones se propone realizar evaluaciones de la satisfacción de sus pacientes en relación con la consulta recibida, en especial en los lugares en donde existe escasez de recursos y/o condiciones de desigualdad económica.³¹

1.3.8 Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría

La investigación se realizó en el año 2001, a cargo de

Rodríguez-Weber y López-Candiani. Su objetivo era conocer el grado de satisfacción con la atención médica de los usuarios de la consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría, en México. La muestra estuvo conformada por 469 usuarios, el tipo de muestreo fue estratificado. Las dimensiones evaluadas fueron: tiempos de espera, atención y trato por parte del personal, médico, paramédico y administrativo, instalaciones físicas y satisfacción en general.³²

Los resultados muestran que los tiempos de espera más prolongados se encuentran en la consulta (87.92 minutos, a partir de la hora de la cita). En cuanto a las instalaciones físicas, los sanitarios fueron evaluados como malos por el 33% y pésimos por el 16.4%. Destacan los resultados favorables en cuanto al trato recibido por parte del médico, ya que el 97.8% de los usuarios lo evaluó como bueno o excelente. El 93% de los participantes señaló que se siente satisfecho con la atención que recibió en el Instituto.³²

Las conclusiones apuntan que los estudios de satisfacción de usuarios realizados a través de mediciones directas, rara vez muestran porcentajes menores al 90%. De igual forma señalan, que la evaluación de la calidad técnica no puede hacerse con base a la percepción de los usuarios, ya que no tienen capacidad suficiente para hacerlo. Por último, proponen diseñar estrategias que solucionen a corto plazo los problemas relacionados con los largos tiempo de espera, instalaciones sanitarias deficientes y salas de espera insuficientes.³²

1.3.9 Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios

El trabajo fue realizado por Ortiz-Espinosa, Muñoz-Juárez, Martín del Campo y Torres Carreño, en el año 2000. La investigación tenía como objetivo identificar los factores determinantes de la calidad de la atención en la consulta externa de hospitales del sector público, a través de la opinión de los usuarios. El estudio fue de tipo transversal, descriptivo y analítico. Se evaluó la consulta externa de 15 hospitales públicos del sector salud en el estado de Hidalgo, México, durante el período de julio de 1999 a diciembre de 2000.³³

El tamaño de la muestra fue de 9,936 usuarios, compuesta por personas, pacientes o no, que requirieron y obtuvieron la prestación de asistencia médica en los servicios ambulatorios de consulta externa en hospitales. Se realizó un muestreo aleatorio simple, en el que se aplicó una

tabla de números aleatorios, a la lista de pacientes que estaban citados a la consulta externa de las diferentes especialidades.³³

De acuerdo a las dimensiones analizadas en el estudio, la accesibilidad institucional fue percibida como mala por parte de los usuarios, ya que el 72.9% de los encuestados refirió haber esperado más de 60 minutos antes de pasar a la consulta; de ellos, el 67.3% mencionó haber esperado hasta dos horas. El tiempo de consulta fue percibido como malo, debido a que el 74.5% de las consultas duraron de 5 a 15 minutos. En la dimensión de estructura, los usuarios de la seguridad social señalaron con mayor frecuencia que los baños y salas de espera se encontraban en malas condiciones. En la dimensión del proceso, el 69.6% de los encuestados refirió haber recibido un trato poco amable o francamente descortés, especialmente por la asistente médica, el personal de informes y el médico. En la dimensión del resultado, el 72.3% de los encuestados en instituciones de seguridad social expresó que esperaban recibir una atención mejor que la que les brindaron.³³

En las conclusiones se señala que los principales elementos que determinan la percepción de mala calidad son los tiempos de espera largos, el poco tiempo destinado a la consulta y las deficiencias en acciones de revisión y diagnóstico. Recomiendan aumentar y mejorar las investigaciones que consideren las expectativas y preferencias de los clientes externos en relación a los servicios de salud brindados, y las expectativas, percepciones y actitudes del personal de salud.³³

1.3.10 Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios

La investigación se realizó en el año 1997, por Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nigenda-López. El objetivo de la investigación era describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. Para analizar la información se obtuvieron datos de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994. La encuesta se aplicó a 3,324 usuarios que asistieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta.³⁴

El 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena, y 18.8% mala. Dentro los elementos principales que definen la calidad como buena se encontraron los

siguientes: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%). Los elementos relacionados con una mala calidad fueron: largos tiempos de espera (23.7%) y deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Las sugerencias se enfocan a profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.³⁴

1.3.11 Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.

El trabajo fue publicado en 1990, por Aguirre-Gas. El estudio tenía como objetivo contribuir a que la prestación de los servicios médicos se llevara a cabo dentro de las normas establecidas de calidad, con sentido social, humanitario y congruente con los parámetros de eficiencias esperados, a partir del conocimiento de las condiciones con que estos servicios se otorgan. La muestra estuvo constituida por 33 hospitales del Distrito Federal y de los estados, de segundo y tercer nivel de atención. La encuesta se aplicó a 735 derechohabientes de consulta externa, 853 en hospitalización y 1,353 a trabajadores.³⁵

Los hallazgos más sobresalientes mostraron que en consulta externa los porcentajes más elevados de insatisfacción se relacionaron con la información médica y la relación médico-paciente. En hospitalización, los principales problemas se refirieron a la alimentación y la atención por parte de trabajo social, la relación médico-paciente y la información médica. En cuanto a los trabajadores, éstos manifestaron insatisfacción por el salario que reciben, áreas de trabajo inadecuado, apoyo institucional insuficiente y ausencia de reconocimiento del jefe inmediato superior.³⁵

Se concluyó que la evaluación sistemática de la satisfacción de derechohabientes y trabajadores, aporta elementos importantes para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que recaen en la calidad y eficiencia de la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales.³⁵

1.4 Marco Jurídico

El marco jurídico de la presente investigación se fundamenta en la Carta de los Derechos Generales de los pacientes, cuyo fundamento legal y explicación están contemplados en diferentes ordenamientos jurídicos que

se exponen a continuación:

Recibir atención médica adecuada

“El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico”. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.³⁶

Recibir trato digno y respetuoso

“El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”. Con fundamento en la Ley General de Salud: artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.³⁶

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

“El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”. Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.³⁶

Decidir libremente sobre su atención

“El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes

terminales". Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código-Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA: artículo 4, fracción 4.3.³⁶

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

"El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos". Con fundamento en Ley General de Salud: artículo 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos: artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.³⁶

Ser tratado con confidencialidad

"El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley". Con fundamento en la Ley General de Salud: artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículos 19 y 35. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6.³⁶

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

"El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud". Con fundamento en el Reglamento de la ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico.

Numerales 4.9, y 5.5.³⁶

Recibir atención médica en caso de urgencia

"Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones". Con fundamento en la Ley General de Salud: artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.³⁶

Contar con un expediente clínico

"El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido". Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.³⁶

Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

"El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud". Con fundamento en la Ley General de Salud: artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica: artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.³⁶

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

La calidad se ha conceptualizado de forma diversa en las distintas etapas que ésta ha tenido. Actualmente, los sistemas de salud están incorporando el modelo de gestión de calidad, el cual se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, el trabajo en equipo, la medición y la mejora continua. Por

lo tanto, la evaluación de la atención médica permitirá a los sistemas de salud ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios.¹²

Las diferentes investigaciones que se han realizado con respecto al trato han demostrado que el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe a este respecto entre los principales prestadores de servicios. La investigación del trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México, demuestra que los servicios de seguridad social (IMSS e ISSSTE) presentan los niveles de aprobación más bajo en el indicador de trato adecuado. Siendo los dominios de capacidad de elección, autonomía, confidencialidad y atención pronta los de menor calificación, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario.²⁶

En lo que respecta a los tiempos de espera, la información obtenida de la Encuesta de Salud y Nutrición 2006 mostró que el tiempo promedio de espera en consulta externa en el IMSS es de 90 minutos, contra menos de 30 minutos en las unidades del sector privado. En cuanto a la percepción de la calidad de la atención a la salud por instituciones, el IMSS obtuvo una de las calificaciones más bajas, ya que sólo el 68% de los usuarios calificaron la atención recibida como buena.⁸

Los dominios que obtienen una calificación deficiente – como la capacidad de elección – no están determinados únicamente por el perfil del personal de salud, sino también por la forma en que está estructurado el sistema de salud en México.⁵ En relación a las expectativas de los usuarios, se ha demostrado que los usuarios de las grandes instituciones de seguridad social suelen tener mayor nivel educacional, por lo cual, conocen mejor sus derechos. El estudio de Puentes²⁶ ha confirmado que los usuarios del IMSS suelen tener mayores expectativas respecto al trato que deben recibir.

Para dar solución a la problemática, en el PNS 2001-2006⁶, se implementó la estrategia denominada “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, la cual incorporó mediciones de tiempo de espera, surtimiento de recetas e información otorgada al paciente.

En el Programa Nacional de Salud 2007- 2012⁸ (PNS 2007-2012), se plantea como uno de los objetivos “prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, con el fin de responder a las expectativas de los usuarios. Para

cumplir dicho objetivo se establece la estrategia “situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, cuya línea de acción “implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud” especifica medir de manera regular la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, surtimiento de medicamentos, confort y lista de espera para evaluar la calidad percibida y el conocimiento de los derechos de los ciudadanos en las unidades médicas.⁸

Sin embargo, las mediciones establecidas en el PNS 2007-2012⁸ dejan de lado aspectos relacionados con la autonomía, confidencialidad, capacidad de elección y acceso a redes sociales de apoyo. Aparte de que las evaluaciones se siguen realizando sólo en consulta externa de primer nivel de atención, y en el segundo nivel de atención sólo se realizan mediciones del trato digno en urgencias. Lo cual manifiesta que existe en primer un lugar, un vacío en cuanto a la evaluación integral de todos los dominios del trato adecuado en las instituciones de salud, y en segundo lugar no existen evaluaciones sistematizadas para el servicio de consulta externa de especialidades en el segundo nivel de atención.⁸

En marzo de 2008, el Órgano Interno de Control del IMSS, en la Delegación Veracruz Norte, a través del Programa Usuario Simulado, realizó una evaluación en el Hospital General de Zona 11 en Xalapa Ver., en los servicios de consulta externa, urgencias, rayos X y hospitalización. El programa medía 41 indicadores en total, 21 correspondían a las instalaciones en general, 8 al personal y 12 a los servicios otorgados. Los aspectos concernientes a evaluar la recepción de pacientes y documentación por parte de las asistentes médicas de consulta externa de especialidades, obtuvieron una calificación de cinco, que equivale a un 80%, sin embargo, las observaciones expresadas por los evaluadores indicaron que las asistentes daban un trato regular a los pacientes.³⁷

De lo expuesto anteriormente, se puede concluir que existe la necesidad de realizar la evaluación del trato adecuado en la consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona no. 11 del IMSS de Xalapa Ver., ya que la mejora continua y la satisfacción de los usuarios es una prioridad para los directivos del Hospital.

2.2 Justificación

Un sistema de salud ofrece un trato adecuado cuando las actividades y las relaciones institucionales se planean considerando las legítimas expectativas de los usuarios

al que dicho sistema sirve. Al realizar mejoras en los procesos y en el trato a usuarios, se producirán mejoras en el bienestar de la población. Motivos por los cuales, la evaluación del desempeño del sistema en este indicador representa un paso indispensable para identificar aquellos dominios que funcionan de manera deficiente.⁵

Por otro lado, el trato adecuado en las instalaciones de salud se puede mejorar a través de la capacitación del personal y con arreglos institucionales apropiados, a un costo relativamente bajo y en un tiempo menor al que se podría esperar para obtener mejoras en algunas intervenciones de salud (por ejemplo: mejorar dominios de trato adecuado en unidades de salud comparado con mejorar la supervivencia de pacientes con cáncer).⁵

De igual forma, con la evaluación de los siete dominios del indicador trato adecuado se podrán identificar las fortalezas y áreas de mejora de la consulta externa de especialidades de forma específica, así como el grado de satisfacción de los usuarios con cada uno de los dominios que se analizarán. Por último, con la información obtenida la institución podrá realizar intervenciones en áreas específicas que así lo requieran.

2.3 Planteamiento de la pregunta de investigación

La pregunta que orienta la presente investigación es:

¿Cómo es el trato que reciben los usuarios de la consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Xalapa, Ver., durante el periodo marzo-abril de 2009?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General

Evaluar el trato que reciben los usuarios de la consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS.

3.2 Objetivos específicos

Realizar la evaluación de los dominios de autonomía, confidencialidad, trato digno, comunicación, atención pronta, condiciones de las instalaciones básicas y capacidad de elección.

Identificar si existen diferencias entre los dominios.

Determinar el índice del trato adecuado de la consulta

externa de especialidades.

Identificar si existen diferencias entre los turnos matutinos y vespertinos con respecto al índice de trato adecuado.

Identificar si existen diferencias entre las especialidades con respecto al índice de trato adecuado.

Determinar la satisfacción de los usuarios con respecto al trato que reciben por parte del personal de salud.

4. METODOLOGÍA

4.1 Ubicación del tema del proyecto dentro de los paradigmas de investigación

El tema del proyecto se ubica en el paradigma positivista, el cual parte del supuesto básico de que el mundo social está constituido por hechos observables, por lo tanto considera que la realidad es objetiva, independiente del investigador. La ubicación del investigador será desde afuera del fenómeno, se establecerá una relación sujeto-objeto, en la que el investigador determina qué investigar y cómo hacerlo, y el investigado será un ente pasivo en el que se medirán las variables. De igual forma, se parte de una teoría que orienta la observación y la reflexión teórica emergerá de los datos, pero no se actuará sobre la realidad³⁸.

4.2 Diseño de la investigación

El presente trabajo es un estudio de enfoque cuantitativo, el cual se basa en un proceso deductivo (parte del marco teórico hacia la explicación), es particularista, objetivo y se enfoca a los resultados. Por la relación con el fenómeno de estudio es observacional³⁹, debido a que no se manipularán las variables; transversal³⁹ puesto que sólo se realizará una medición en un periodo de tiempo definido; y descriptivo³⁸ ya que sólo se pretende determinar cómo es el trato que reciben los usuarios y el grado de satisfacción con respecto al trato que reciben.

4.3 Universo y muestra

El universo de estudio está conformado por 4,039 usuarios (promedio mensual de usuarios del servicio de especialidades) que demandan atención de consulta externa de especialidades por primera vez. El universo está ubicado espacialmente en el Hospital General de Zona 11 del IMSS, de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

La aplicación del instrumento de recolección de información,

será en el mes de marzo del 2009. Se eligió éste periodo ya que de acuerdo a lo reportado por el Departamento de Informática Médica y Archivo Clínico del Hospital, la demanda de atención en consulta externa de especialidades de primera vez, fue mayor en el mes de marzo de 2008.

La unidad de análisis en el estudio, y también en la unidad de muestreo, será el individuo, es decir los usuarios de primera vez que demanden atención del servicio de consulta externa de especialidades.

Tipo de muestreo

El diseño de muestreo será estratificado por especialidad y turno, ya que es de interés tener representados ambos estratos, debido a que se espera que las variables principales de estudio presenten cierta variabilidad tanto por especialidad como por turno.

Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula general de tamaño de muestra para estimar proporciones:

$$n = (z)^2 (p) (1 - p)$$

$$(d)^2$$

Donde:

$N = 4,039$ (promedio mensual de usuarios del servicio de especialidades^a)

$z =$ nivel de confianza del 95% (1.96)

$p =$ proporción estimada por máxima incertidumbre (0.5)

$1 - p =$ complemento de la proporción estimada.

$d =$ precisión (0.05)

$n' =$ tamaño de la muestra sin ajustar

Sustituyendo:

$$n' = \frac{(1.96)^2 (0.5) (1 - 0.5)}{(0.05)^2} = \frac{0.9604}{0.0025} = 384$$

Como $384 / 4,039 = 0.09$, es decir, mayor que el 5%, se utilizó la fórmula de ajuste por población finita:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

$$1 + \frac{n'}{N}$$

Sustituyendo:

$$n = \frac{384}{1 + \frac{384}{4,039}} = \frac{384}{1.095073} = 351$$

El tamaño de muestra final mínimo fue de 351 usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS. La distribución de la muestra, de acuerdo a las diferentes especialidades, se realizó proporcionalmente, tomando en cuenta la demanda mensual del servicio en el mes de septiembre de 2008. El tamaño de muestra final por especialidades se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la población y tamaño de la muestra por estratos

| Turno | Especialidad | No. de consultas | Tamaño de muestra final |
|-----------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|
| Matutino | Alergia e inmunología | 89 | 6 |
| Vespertino | Angiología | 204 | 13 |
| Matutino y vespertino | Cardiología | 310 | 20 |
| Matutino y vespertino | Cirugía general | 418 | 27 |
| Matutino y vespertino | Dermatología | 260 | 16 |
| Matutino | Endocrinología | 215 | 14 |
| Matutino y vespertino | Gastroenterología | 220 | 14 |
| Matutino y vespertino | Ginecología | 596 | 39 |
| Matutino y vespertino | Medicina interna | 584 | 39 |
| Matutino y vespertino | Nefrología | 101 | 7 |
| Matutino y vespertino | Neumología | 74 | 4 |
| Matutino y vespertino | Neurología | 322 | 21 |
| Matutino y vespertino | Oftalmología | 209 | 14 |
| Matutino y vespertino | Otorrinolaringología | 454 | 28 |
| Matutino y vespertino | Pediatría | 152 | 11 |
| Matutino | Psiquiatría | 232 | 14 |
| Matutino y vespertino | Ortopedia y traumatología | 503 | 32 |
| Vespertino | Neurocirugía | 54 | 4 |
| Matutino | Cirugía pediátrica | 51 | 4 |

^a Calculado del total de usuarios de primera vez, meses enero - septiembre del 2008. Departamento de Informática Médica y Archivo Clínico. Sistema de Información Médico Operativa del Hospital General de Zona 11 del IMSS. Xalapa, Ver.

| | | | |
|-------------------------|----------------------|-------|-----|
| Vespertino | Oncología quirúrgica | 28 | 4 |
| Matutino y vespertino | Nutrición | 205 | 14 |
| Matutino y vespertino | Medicina física | 240 | 14 |
| Total de consultas | | 5,521 | |
| Tamaño de muestra final | | | 359 |

Fuente: Elaboración propia, con base a la información proporcionada por el Departamento de Informática Médica y Archivo Clínico. Sistema de Información Médico Operativa del Hospital General de Zona 11 del IMSS, Xalapa, Ver.

La selección de usuarios se realizará de forma aleatoria simple, puesto que se distribuirá el total de pacientes en igual proporción por turnos en las especialidades, seleccionando por sorteo los días en que se visitará cada especialidad a partir de la fecha de inicio del período de recolección. Debido a que el tamaño de muestra de algunas especialidades no podrá cubrirse en un sólo día, se seleccionarán diferentes días para poder cubrir el tamaño total de muestra de cada especialidad. Este criterio se aplicará de igual forma en las especialidades con tamaños de muestras menores, para evitar sesgos.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los criterios de inclusión para seleccionar las unidades de análisis serán:

Usuarios de primera vez que demanden atención del servicio de consulta externa de especialidades. Si el usuario tiene algún daño cerebral, discapacidad o es menor de 15 años de edad, serán excepciones donde se aplicará el instrumento al familiar a cargo.

Los criterios de exclusión serán:

Usuarios subsecuentes y los que acudan al servicio de consulta externa de especialidades sólo para pedir información o para solicitar cita.

Los criterios de eliminación serán:

Los usuarios que formando parte del estudio se nieguen a querer participar en él, y que por lo tanto serán reemplazados por otros usuarios seleccionados aleatoriamente con las mismas características que los

primeros.

4.4 Definición de variables

En este estudio la categoría rectora es trato adecuado, y sus dimensiones para evaluarlo son autonomía, confidencialidad, trato digno, comunicación, atención pronta, condiciones de las instalaciones básicas, capacidad de elección del proveedor de servicios. La satisfacción del usuario con el trato recibido por parte de personal de salud es otra categoría rectora.

Variable: Trato adecuado

Definición conceptual: se refiere a los dominios de autonomía, confidencialidad, trato digno, comunicación, atención pronta, condiciones de las instalaciones básicas y capacidad de elección del proveedor de servicios, los cuales son expectativas genuinas de la población y pueden ser identificados durante la interacción de los usuarios con el sistema de salud³.

Definición operacional: se considerará que el usuario recibe un trato adecuado en consulta externa de especialidades, cuando en cada dominio, se haya obtenido una calificación igual o mayor a 85 en una escala del 0 – 100.

| Calificación | Nivel |
|--------------|------------|
| 85 - 100 | Adecuado |
| 70 - 84 | Regular |
| 0 - 69 | Deficiente |

El valor y significado de las calificaciones que se utilizarán para la interpretación de los siete dominios y la variable rectora *trato adecuado* serán las siguientes:

Para la evaluación del indicador de interés (trato adecuado) se construyó un índice ponderado, de acuerdo a lo establecido por la OMS. A cada uno de los siete dominios se les asignó un determinado peso y una posición relativa. Donde el dominio de atención pronta tiene la mayor ponderación, seguido de los dominios relacionados con los derechos universales de los individuos (confidencialidad, trato digno, comunicación,

autonomía), los cuales implican un trato directo del personal de salud con los usuarios.

El dominio de condiciones de las instalaciones básicas posee el peso menor, debido a que no están determinados por el personal de salud propiamente. Quedando el índice de trato adecuado como se muestra a continuación

| Posición relativa | Componente | Ponderación |
|-------------------|---|-------------|
| 1 | AP: Atención pronta | 19 |
| 2 | COM: Comunicación | 15 |
| 3 | TD: Trato digno | 14 |
| 4 | C: Confidencialidad | 13 |
| 5 | CE: Capacidad de elección | 12 |
| 6 | A: Autonomía | 11 |
| 7 | CIB: Condiciones de las instalaciones básicas | 10 |

$$\text{Construcción del índice de trato adecuado} = 0.19(\text{AP}) + 0.15(\text{COM}) + 0.14(\text{TD}) + 0.13(\text{C}) + 0.12(\text{CE}) + 0.11(\text{A}) + 0.10(\text{CIB})$$

A continuación se presenta la descripción de las variables de estudio

Tabla 2. Descripción de las variables demográficas

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Indicador | Tipo de fuente | Escala de medición | Técnica/instrumento |
|-------------|---|---|--|----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Edad | Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista. ⁴⁰ | Edad proporcionada por el entrevistado | Frecuencia absoluta de edad Porcentaje de la población por edad | Primaria Usuarios | Continua | Entrevista Cuestionario |
| Sexo | Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. ⁴⁰ | Sexo declarado por el entrevistado Mujer Hombre | Frecuencia absoluta de sexo Porcentaje de la población por sexo | Primaria Usuarios | Nominal dicotómica | Entrevista Cuestionario |
| Escolaridad | Conjunto de estudios realizados o en proceso de termino. ⁴⁰ | Último nivel de estudio completo cursado por el entrevistado: Preescolar, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Carrera técnica, Licenciatura, Maestría, Doctorado | Porcentaje de usuarios según nivel de estudio completo | Primaria Usuarios | Ordinal | Entrevista Cuestionario |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar las variables para el análisis demográfico.

Tabla 3. Descripción de las variables autonomía y confidencialidad

| Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Escala | Fuente | Técnica e instrumento |
|-----------------------|------------------------|-------------|--------|--------|-----------------------|
| | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------|--|--|---|---------|-------------------|-------------------------|
| Autonomía | Es el derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Hace referencia a respetar el derecho del usuario para rechazar algún tratamiento y ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud. ³ | La autonomía será evaluada a través de la participación del usuario en las decisiones relacionadas con el procedimiento diagnóstico y tratamiento. | Porcentaje de usuarios tratados con autonomía por parte del prestador de servicio Expresión numérica: Usuarios que fueron tratados con autonomía / Total de usuarios entrevistados * 100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |
| Confidencialidad | Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto del usuario. ³ | La confidencialidad implicará la posibilidad del usuario para conversar con el médico o la enfermera en privado y con el manejo confidencial de la información sobre sus condiciones de salud. | Porcentaje de usuarios tratados con confidencialidad por parte del personal de salud. Expresión numérica: Usuarios que fueron tratados con confidencialidad / Total de usuarios entrevistados * 100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar las variables para el estudio del trato adecuado

Tabla 4. Descripción de variables trato digno y comunicación

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Tipo de escala | Tipo de fuente | Técnica e instrumento |
|--------------|---|--|---|----------------|-------------------|-------------------------|
| Trato digno | Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal – médico y no- del sistema. ³ | El trato digno será evaluado en función del trato amable por parte de la asistente médica, la enfermera y el médico; y por el trato respetuoso de la enfermera y el médico al realizar las exploraciones físicas. | Porcentaje de usuarios que recibieron un trato digno por parte del prestador de servicio Expresión numérica: Usuarios que recibieron un trato digno/Total de usuarios entrevistados*100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |
| Comunicación | Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento y tratamiento en forma clara para él. ³ | La comunicación será evaluada en función de la posibilidad del usuario para hablar sobre su estado de salud; explicación del médico sobre el problema de salud, cuidados y tratamiento que debe seguir; claridad en la información brindada por el médico; tiempo que destina el médico para la atención médica. | Porcentaje de usuarios que recibieron una explicación completa y clara del prestador de servicio. Expresión numérica: Usuarios que recibieron un explicación completa y clara del prestador de servicio/Total de usuarios entrevistados*100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar las variables para el estudio del trato adecuado

Tabla 5. Descripción de las variables atención pronta y condiciones de las instalaciones básicas

| | Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Tipo de escala | Tipo de fuente | Técnica e instrumento |
|--|--|--|---|----------------|-------------------|----------------------------|
| Atención pronta | Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta. ³ | La atención pronta se considerará con base: al tiempo que tarda el usuario para obtener la cita con el especialista; al tiempo que tarda en pasar a consulta médica; al tiempo que tarda en ser atendido por la asistente médica y la enfermera. | Porcentaje de usuarios que recibieron atención pronta por parte del prestador de servicio Expresión numérica: Usuarios que recibieron atención pronta / Total de usuarios entrevistados * 100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |
| Condiciones de las instalaciones básicas | Comprende atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y ventilación de las instalaciones, servicios sanitarios limpios y salas de espera confortables. En el ámbito hospitalario se incluyen, además, la calidad de los alimentos, la limpieza de las camas y la dotación de ropa adecuada. ³ | Las condiciones de las instalaciones básicas incluirá la limpieza de la sala de espera, consultorio y baños; ventilación adecuada en la sala de espera y consultorio; bancas y sillas cómodas. | Porcentaje de instalaciones básicas evaluadas como excelentes. Expresión numérica: Instalaciones básicas evaluadas como excelentes / Total de usuarios entrevistados * 100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar las variables para el estudio del trato adecuado

Tabla 6. Descripción de la variable capacidad de elección del proveedor de servicios

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Tipo de escala | Tipo de fuente | Técnica e instrumento |
|---|--|---|--|----------------|-------------------|----------------------------|
| Capacidad de elección del proveedor de servicios. | En este dominio se incluye el derecho que tienen los usuarios de decidir dónde (institución) y con quién atenderse (personal de salud). ³ | La capacidad de elección se evaluará con base a la posibilidad que tiene el usuario para elegir al médico especialista y solicitar el cambio del mismo en caso de requerirlo. | Porcentaje de usuarios que tuvieron capacidad de elección. Expresión numérica: Usuarios con capacidad de elección/ Total de usuarios entrevistados * 100 | Ordinal | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar las variables para el estudio del trato adecuado

Tabla 7. Descripción de la variable Satisfacción del usuario

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Tipo de escala | Tipo de fuente | Técnica e instrumento |
|--|---|--|--|---|----------------------|----------------------------|
| Satisfacción del usuario con los dominios del trato adecuado | La satisfacción final del usuario, es el resultado de la diferencia entre su percepción del servicio que recibe y sus expectativas previas. ²³ | Nivel de satisfacción que manifiestan los usuarios con el trato recibido por parte de la asistente médica, la enfermera y el médico. | Porcentaje de usuarios satisfechos con el trato recibido Expresión numérica: Usuarios satisfechos con los dominios del trato adecuado/ Total de usuarios entrevistados * 100 | Ordinal Satisfactorio Poco satisfactorio Insatisfactorio | Primaria Usuarios | Entrevista Cuestionario |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar las variables para el estudio del trato adecuado

4.5 Procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1 Procedimientos

Con el objeto de identificar los componentes del constructo trato adecuado se efectuó una búsqueda sistematizada de literatura publicada en hemerotecas electrónicas como Medigraphic, Scielo y Lilacs, en los últimos 10 años. Las palabras claves en la búsqueda fueron satisfacción de usuarios, calidad de la atención médica, servicio de consulta externa de especialidades y expectativas de usuarios.

Después de revisar la literatura encontrada, se especificaron las variables de estudio, el nivel de medición de éstas, el tipo de fuentes y las técnicas e instrumentos para la recolección de la información. Posteriormente se analizaron los diferentes instrumentos de recolección de información que la OMS² y la Secretaría de Salud⁷ (lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la Gestión de la Calidad, segundo nivel de atención) diseñaron para la medición del trato, así como los utilizados en los estudios del apartado de argumentación empírica, en especial los instrumentos aplicados en la ENED 2002-2003.

4.5.2 Técnicas

Debido a que la obtención de la información procederá de una muestra representativa de la población en estudio, el método que se utilizará será la encuesta.³⁸ La información sobre los dominios del trato y el nivel de satisfacción con respecto a estos, se obtendrá directamente del usuario a través de la técnica de entrevista.³⁸ Los usuarios serán entrevistados al salir de la consulta médica, en la sala de espera, se les cuestionará con respecto al trato brindado por la asistente médica, la enfermera y el médico, puestos que son los eslabones que forman parte del proceso de consulta externa de especialidades.

4.5.3 Instrumentos

El instrumento destinado para obtener las respuestas sobre las variables de estudio es el cuestionario. Éste es de tipo "administrado por el entrevistador", en donde el administrador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto, y anota lo que éste conteste.

Se puso énfasis en redactar las preguntas de forma clara, simples y comprensibles para los encuestados, evitando el uso de tecnicismo o palabras desconocidas, buscando que las preguntas fueran específicas y que contuvieran una sola idea, formulándolas de manera neutral para evitar interrogantes que indujeran o favorecieran las respuestas.

El cuestionario que se construyó está integrado por una portada de identificación y 45 ítems, distribuidos en 9 apartados. Los tipos de preguntas que se utilizaron son cerradas dicotómicas, de elección múltiple (en abanico) y abiertas. Se formularon 2 de datos objetivos (edad y sexo), 8 cerradas (sí o no), 2 de opción múltiple, 32 con escalamiento tipo Likert y una pregunta abierta. A continuación se muestra los apartados e ítems del cuestionario (tabla 8).

Tabla 8. Descripción de la estructura del cuestionario

| Nombre de la sección | Contenido | Ítems |
|---|---|----------------------------|
| Carátula | Presentación, datos de identificación, resultado de la entrevista. | |
| 1. Características socio demográficas | Tipo de usuario, edad, sexo, nivel de estudio. | 1, 2, 3, 4 |
| 2. Dominio de autonomía | Participación del usuario en decisiones relacionadas con el procedimiento diagnóstico y el tratamiento. | 5, 6 |
| 3. Dominio de confidencialidad | Privacidad en la consulta y en el manejo de información del paciente. | 7, 8 |
| 4. Dominio de trato digno | Trato amable y respetuoso por parte de la enfermera, el médico y la asistente médica. | 9, 10, 11, 12, 13, |
| 5. Dominio de comunicación | Explicación del usuario al médico sobre su enfermedad, explicación clara y completa del médico sobre el padecimiento y tratamiento. | 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 |
| 6. Dominio de atención pronta | Tiempo de espera para conseguir cita médica, tiempo de espera para pasar a consulta, tiempo para ser atendido por el prestador de servicio, satisfacción del usuario con el tiempo de espera. | 21, 22, 23, 24 |
| 7. Dominio de condiciones de las instalaciones básicas. | Limpieza, ventilación y comodidad de la sala de espera, los consultorios y los baños. | 25, 26, 27, 28, 29, 30 |
| 8. Dominio capacidad de elección | Participación en la elección y cambio del médico especialista. | 31, 32 |
| 9. Satisfacción del usuario | Satisfacción del usuario con el trato recibido por parte de la enfermera, el médico y la asistente médica. | 33, 34, 35 |
| 10. Sugerencias del usuario | Sugerencias del usuario para mejorar el trato | 36 |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar la estructura del cuestionario para la recolección de información de las variables de estudio del trato adecuado

4.6 Plan para establecer la validación de los instrumentos

Para determinar el grado en que el instrumento realmente mide las variables que pretende medir se establecieron la validez de contenido y la validez de apariencia.

4.6.1 Validez de contenido

Para determinar el grado en que el instrumento reflejaba los conceptos a evaluar se solicitó la participación de personas expertas en el tema de investigación, los cuales revisaron los reactivos que conformaban el cuestionario para determinar si los ítems incluidos representaban a cada dominio. El cuestionario fue revisado por expertos en el área, del Instituto de Salud Pública.

4.6.2 Validez de apariencia

Para la revisión del cuestionario respecto a lo que aparenta medir y a la simplicidad en la redacción de ítems y de respuestas, participaron una asistente médica, una enfermera y un médico especialista de la consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11, del IMSS. Así como investigadores del Instituto de Salud Pública).

Con base a las observaciones realizadas por cada uno de los expertos que revisaron el cuestionario, se modificó la redacción de los reactivos, las escalas de respuesta y se eliminaron los ítems que eran repetitivos. Quedando la versión final del cuestionario con un total de 45 ítems.

4.6.3 Prueba piloto del instrumento

La prueba piloto se llevará a cabo en la consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11, del IMSS, en la última semana del mes de febrero de 2009. Se aplicará el cuestionario a 36 usuarios de primera vez que asistan a consulta médica, con el objetivo de evaluar el grado de comprensibilidad de las preguntas, la claridad de las opciones de respuesta, y conocer si el tiempo requerido para responder es aceptable para el entrevistado.

4.7 Plan para determinar la confiabilidad de los instrumentos

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizará el método de mitades partidas, el cual requiere sólo una aplicación de la medición. El procedimiento para determinar el coeficiente de confiabilidad es el siguiente: el conjunto total de ítems es dividido en dos mitades, una de pares y una de nones; cada mitad se califica independientemente; las puntuaciones o resultados de ambas son comparados. Para determinar que el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas. Una persona con baja puntuación en una mitad, tenderá a mostrar una baja puntuación en la otra mitad.

4.8 Plan para el procesamiento y análisis de la información

4.8.1 Plan para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se diseñará una base de datos en el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 15.0, posteriormente se capturará la información obtenida a partir de los cuestionarios aplicados.

4.8.2 Plan para la tabulación de la información

El plan para la tabulación de la información se describirá a continuación.

Tabla 9. Descripción del plan de tabulación de la información

| Variable | Ítems | Codificación | Valor del ítem | Construcción del índice |
|-------------|---|--|----------------|-------------------------|
| Usuario | Es usted | Paciente.....1 Familiar.....2 Acompañante.....3 | | |
| Sexo | 1. Anote el sexo según corresponda | Mujer.....1 Hombre.....2 | | |
| Edad | 2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? | No sabe.....888 No responde.....777 | | |
| Escolaridad | 3. ¿Cuál fue el último nivel de estudios que cursó de forma completa? | Ninguno.....0 Preescolar.....1 Primaria completa.....2 Secundaria completa.....3 Preparatoria o bachillerato completo 4 Carrera técnica o comercial.....5 Licenciatura.....6 Maestría.....7 Doctorado.....8 Otro/ especifique.....9 | | |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar el plan de tabulación de la información

Tabla 9 Descripción del plan de tabulación de la información (continuación)

| Variable | Ítems | Codificación | Valor del ítem | Construcción del índice | Escala de medición |
|--|---|---|--|--|---|
| Autonomía | 5. Durante la consulta ¿El médico le permitió participar en las decisiones que se tomaron sobre su tratamiento? | Sí.....1 No.....2 | Sí = 1 No= 0 | 2/2*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| | 6. ¿El médico le pidió su autorización antes de iniciar los estudios o análisis? | Sí.....1 No.....2 | Sí = 1 No= 0 | | |
| Confidencialidad | 7. ¿Habló con el(los) médico(s) en privado sin que otras personas (pacientes, personal de limpieza) pudieran escuchar? | Sí.....1 No.....2 | Sí = 1 No= 0 | 2/2*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| | 8. ¿La información que le proporcionó al médico sobre su problema de salud fue manejada de forma confidencial? | Sí.....1 No.....2 | | | |
| Trato digno | 10. ¿El trato de la enfermera fue? | Amable.....1 Poco amable.....2 Grosero.....3 | Amable = 1 Poco amable= 0 Grosero= 0 | 6/6*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| | 11. ¿El trato del médico fue? | | | | |
| | 12. ¿El trato de la persona que otorga la cita médica fue? | | | | |
| | 15. ¿El trato que recibió por parte de la enfermera fue? | | | | |
| | 16. ¿El médico lo trató con respeto al momento de examinarlo(a) físicamente? | Respetuoso.....1 Poco respetuoso.2 Irrespetuoso.....3 | Respetuoso= 1 Poco respetuoso= 0 Irrespetuoso= 0 | | |
| | 17. ¿La privacidad en la que recibió la atención médica fue? | Buena.....1 Regular.....2 Mala.....3 | Buena.....1 Regular.....0 Mala.....0 | | |
| Satisfacción del usuario con el dominio de trato digno | 17. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con el trato recibido por parte de la asistente médica? 18. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con el trato recibido por parte de la enfermera? 19. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con el trato recibido por parte del médico? | Satisfecho(a).....1 Poco satisfecho(a)..2 Insatisfecho(a).....3 | Satisfecho= 1 Poco satisfecho(a)= 0 Insatisfecho(a)= 0 | 3= Satisfecho Igual o menor a 2= Insatisfecho | |
| Comunicación | 20. Durante la consulta, ¿el médico le permitió hablar sobre su problema de salud de forma? 21. ¿El médico le explicó cuál era su problema de salud? 22. ¿El médico le explicó en qué consistiría su tratamiento? 23. ¿La explicación que el médico le dio sobre su problema de salud fue? | Detallada.....1 Poco detallada.....2 Limitada.....3 Sí.....1 No.....2 Sí.....1 No.....2 Clara.....1 Poco clara.....2 Confusa.....3 | Detallada = 1 Poco detallada= 0 Limitada= 0 Sí = 1 No= 0 Sí = 1 No= 0 Clara= 1 Poco clara= 0 Confusa= 0 | 7/7*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| Comunicación | <p>24. ¿La explicación que el médico le dio sobre su tratamiento fue?</p> <p>25. ¿El tiempo que el médico destinó a la consulta fue?</p> <p>26. ¿El tiempo del que dispuso para preguntar sobre su padecimiento y tratamiento fue?</p> | <p>Clara.....1 Poco clara.....2 Confusa.....3</p> <p>Suficiente.....1 Regular.....2 Insuficiente.....3</p> <p>Suficiente.....1 Regular.....2 Insuficiente.....3</p> | <p>Clara= 1 Poco clara= 0 Confusa= 0</p> <p>Suficiente= 1 Regular= 0 Insuficiente= 0</p> <p>Suficiente= 1 Regular= 0 Insuficiente= 0</p> | 7/7*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| Satisfacción del usuario con el dominio de comunicación | <p>27. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con la explicación que recibió sobre su padecimiento y tratamiento?</p> <p>28. En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con el tiempo que tuvo para preguntar sobre su padecimiento y tratamiento?</p> | <p>Satisfecho(a).....1 Poco satisfecho(a)..2 Insatisfecho(a).....3</p> <p>Satisfecho.....1 Poco satisfecho....2 Insatisfecho.....3</p> | <p>Satisfecho= 1 Poco satisfecho(a)= 0 Insatisfecho(a)= 0</p> | 2= Satisfecho Igual o menor a 1= Insatisfecho | |
| Atención pronta | <p>29. ¿El tiempo que tardó en conseguir cita con el médico especialista, a partir de que su médico familiar lo refirió le pareció?</p> <p>30. ¿El tiempo que esperó para ser atendido por la asistente médica, a partir de su llegada a la consulta externa de especialidades le pareció?</p> <p>31. ¿El tiempo que esperó para ser atendido por la enfermera, a partir de su llegada la consulta externa de especialidades le pareció?</p> <p>32. ¿El tiempo que esperó para pasar a consulta con el médico, a partir de su hora de cita le pareció?</p> | <p>Poco tiempo.....1 Regular.....2 Mucho tiempo....3</p> <p>Poco tiempo.....1 Regular.....2 Mucho tiempo....3</p> <p>Poco tiempo.....1 Regular..... 2 Mucho tiempo..3</p> <p>Poco tiempo.....1 Regular.....2 Mucho tiempo..3</p> | <p>Poco tiempo= 1 Regular= 0 Mucho tiempo= 0</p> | 4/4*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| Satisfacción del usuario con el dominio de atención pronta | <p>33. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que espero para conseguir cita con el médico especialista?</p> <p>34. ¿Cuál es su grado de satisfacción con el tiempo que espero para pasar a consulta médica, a partir de su hora de cita?</p> | <p>Satisfecho(a).....1 Poco satisfecho(a)..2 Insatisfecho(a)...3</p> | <p>Satisfecho= 1 Poco satisfecho(a)= 0 Insatisfecho(a)= 0</p> | 2= Satisfactorio Igual o menor a 1= Insatisfactorio | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---------|--|
| Condiciones de las instalaciones básicas | 35. ¿Cómo considera que se encuentra la sala de espera? | Limpia.....1 Algo limpia.....2 Sucia.....3 | Limpia= 1 Algo limpia= 0 Sucia= 0 | 7/7*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| | 36. ¿Cómo considera que se encuentra el consultorio? | Limpio.....1 Algo limpio.....2 Sucio.....3 | Limpia= 1 Algo limpia= 0 Sucia= 0 | | |
| | 37. ¿Cómo considera que se encuentran los baños? | Limpios.....1 Algo limpios.....2 Sucios.....3 No los usó.....4 | Limpia= 1 Algo limpia= 0 Sucia= 0 | | |
| | 38. ¿La ventilación de la sala de espera es? | Buena.....1 Regular.....2 Mala.....3 | Buena= 1 Regular= 0 Mala= 0 | | |
| | 39. ¿La ventilación del consultorio es? | Buena.....1 Regular.....2 Mala.....3 | Buena= 1 Regular= 0 Mala= 0 | | |
| | 40. ¿La ventilación de los baños es? | Buena.....1 Regular.....2 Mala.....3 | Buena= 1 Regular= 0 Mala= 0 | | |
| | 41. ¿Las bancas o sillas son? | Cómodas.....1 Algo cómodas...2 Incómodas.....3 | Cómodas= 1 Algo cómodas= 0 Incómodas= 0 | | |
| Satisfacción del usuario con el dominio de condiciones de las instalaciones básicas | 42. ¿Cuál es su grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de la consulta externa de especialidades? | Satisfecho(a).....1 Poco satisfecho(a)...2 Insatisfecho(a).....3 | Satisfecho= 1 Poco satisfecho(a)= 0 Insatisfecho(a)= 0 | | |
| Capacidad de elección | 43. ¿Participo usted en la elección del médico especialista que lo atendería? | Sí.....1 No.....2 | Sí = 1 No= 0 | /2*100 | 85-100: Excelente 70-84: Regular 0-69: Deficiente |
| | 44. ¿Puede usted elegir cambio de médico especialista, en caso de no sentirse satisfecho(a) con la atención del médico que le asignaron? | Sí.....1 No.....2 | Sí = 1 No= 0 | | |

Fuente: elaboración propia a efectos de explicar el plan de tabulación de la información

4.8.3 Plan para el análisis de la información

Para el análisis estadístico de las variables demográficas se utilizará la distribución de frecuencias absolutas y relativas las cuales se presentarán en tablas.

En lo referente a la evaluación de los siete dominios del trato adecuado, se calcularán las calificaciones individuales de los sujetos analizados por cada dominio. Para analizar la información se utilizarán distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentarán en gráficas de barras, en el eje horizontal (X) se desplegarán los siete dominios del trato adecuado, en el eje vertical (Y) se presentarán las calificaciones obtenidas por dominio.

Para la comparación de las calificaciones promedio por dominio y por especialidades se aplicará la prueba de

análisis factorial de varianza, con el objetivo de determinar estadísticamente si existe diferencia significativa entre las calificaciones obtenidas en cada dominio. Como ayuda gráfica se utilizará el diagrama de caja (box and whisker plot).

Para determinar el indicador del trato adecuado, una vez calculados los promedios por dominio se construirá el índice ponderado de trato adecuado, el cual se realizará de la siguiente forma:

$$\begin{aligned} \text{Construcción del índice} &= 0.19(\text{atención pronta}) + 0.15(\text{comunicación}) + 0.14(\text{trato digno}) + \\ \text{de trato adecuado} &= 0.13(\text{confidencialidad}) + 0.12(\text{capacidad de elección}) + 0.11(\text{autonomía}) + \\ &0.10(\text{condiciones de las instalaciones básicas}) \end{aligned}$$

Para analizar el indicador trato adecuado se utilizará la distribución de frecuencias absolutas, la información se presentará en diagramas de barra, en el eje horizontal (X) se desplegarán los valores: excelente, regular y malo, en el eje vertical (Y) se presentarán las frecuencias relativas. También se presentarán gráficamente las calificaciones otorgadas al indicador trato adecuado por sexo (mujeres y hombres), se utilizarán diagramas de barras, en el eje horizontal (X) se desplegarán los valores: mujeres y hombres, en el eje vertical (Y) se presentarán las calificaciones obtenidas por el indicador trato adecuado.

El análisis estadístico para comparar las calificaciones promedio por turnos matutino y vespertino, consistirá en la aplicación de la prueba t para diferencias de medias, la cual permitirá comparar la calificación que se obtenga en el indicador trato adecuado, entre ambos turnos y establecer estadísticamente si existe una diferencia. Como ayuda gráfica se utilizará el diagrama de caja (box and whisker plot).

Para presentar las calificaciones otorgadas al trato adecuado por turnos (matutino y masculino), se utilizarán diagramas de barras, en el eje horizontal (X) se desplegarán los valores: matutino y vespertino, en el eje vertical (Y) se presentarán las calificaciones obtenidas por el indicador trato adecuado.

La variable satisfacción de los usuarios con los dominios del trato adecuado se analizará con distribución de frecuencias absolutas y relativas. La información se presentará en tablas y gráficas de barras. Las categorías con las que se analizará el nivel de satisfacción serán satisfactorio e insatisfactorio. Se describirá la satisfacción de los dominios del trato adecuado por sexo (hombre, mujer), turno (matutino, vespertino) y especialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2005.
2. Puentes E, Garrido F. Secretaría de Salud. Coordinación General de Planeación Estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Trato adecuado en México: respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios de servicios de salud. [Internet] Disponible desde: <http://www.dged.salud.gob.mx/interior/publi/docu/tratoadecuado.pdf> [revisado 4 de febrero 2009]
3. Puentes E. Secretaría de Salud Dirección General de Evaluación del Desempeño. Trato adecuado: preguntas y respuestas. [Internet] Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/preguntas_trato.pdf [revisado 22 de octubre 2008]
4. Tapia JA. Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. Salud Pública Méx. 2006;48(2):113-26.
5. Puentes E, Ruelas E, Martínez T, Garrido F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública Mex. 2005;47 supl 1:S12-S21.

6. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: SSA. 2001.
7. Secretaría de Salud. Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la Gestión de la Calidad. Segundo Nivel. México. Julio 2002.
8. Programa Nacional de Salud 2007 -2012. [sitio en internet] Disponible desde: www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf [revisado 17 de octubre 2008]
9. Martínez de Velasco A. Escuelas del comportamiento organizacional. En Fernández C. La comunicación en las organizaciones. 2ª ed. México: Trillas; 2002. p. 18-43
10. Barquín M. Dirección de Hospitales. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 2003. p. 15-23; 275-297.
11. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 3-85.
12. Secretaría de Salud. Manual para elaborar reportes del Modelo de Gestión de Calidad para participar en el Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud [Internet]. México: Marzo 2007 [Referencia 18 de septiembre 2008] Disponible desde: http://www.salud.gob.mx/unicidades/dgces/doctosFuente/manual_mg2007.pdf
13. Ruelas E. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Pública Mex. 1990;32(2): 108-112.
14. Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la salud. 1994.
15. Donabedian. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana; 1991.
16. Van-Dick P. Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud. Cuadernos de divulgación científica. 2001;(29):1-42.
17. Domínguez V, Prat A. Gestión de la calidad asistencial. En: Gil P. Medicina preventiva y salud pública. 10ª edición. Barcelona: Masson; 2001. p. 1159-72.
18. Nadal ML. Métodos de evaluación. En: Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 389-400.
19. Aguirre H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex. 1991; 33:623-29.
20. Retolaza A, Grandes G. Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. Actas Esp Psiquiatr. 2003;31(4):171-76.
21. Hersey P, Blanchard KH, Johson DE. Administración del comportamiento organizacional. 7ª edición. México: Prentice Hall; 1998. p. 36-39.
22. Martínez O. Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. Psiquis. 1995;16(7):87-266.
23. Asenjo MA. Gestión diaria del hospital. 2a ed. Barcelona: Masson; 2001. p. 290-98.
24. Valentine N, La Vallée R, Letkorvicova H, Prasad A. The Health Systems responsiveness analytical guidelines for surveys in the multi-country survey study [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2005 Dic. [referencia 26 de septiembre 2008]. p. 9-24.
25. Diccionario enciclopédico Lexipedia. Tomo 2. Enciclopedia británica. 1994
26. Puentes E, Gómez O, Garrido F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(6):394-402.
27. Puentes E, Martínez T. Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema de salud mexicano. Género y salud. 2004;2(2):5-11.
28. Escobar DA, Rivera DB, Servín A, Cázares C, Juárez MJ. Satisfacción de los usuarios de los servicios de rehabilitación. Construcción de un instrumento para evaluarla. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;45(6):573-78.
29. Guzmán MA, Ramos LF, Castañeda O, Del castillo D, Gómez AV. Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;44(1):39-45.

30. Jiménez MC, Ortega MC, Cruz G, Corchado MC, Quintero MM, Mendoza E et AL. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Rev Mex Enf Cardiol* [Internet]. 2003 [referencia 16 de noviembre 2008];11(2):58-65. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-enfe/e-en2003/e-en03-2/em-n032c.htm>
31. Bronfman MN, López S, Magis C, Moreno A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública Mex*. Noviembre-diciembre 2003;45:445-54.
32. Rodríguez MA, López C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Méx*. [Internet]. Enero-febrero 2002 [referencia 18 de Noviembre 2008];23(1):12-17.
33. Ortiz RM, Muñoz S, Lechuga D, Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública/ Pan Am J Public Health*. Abril 2003;13(4):229-38.
34. Ramírez TJ, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex*. Enero-febrero1998;40(1):3-12.
35. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex*. Marzo-abril 1990; 32(2): 170-180.
36. Secretaría de Salud. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* [Internet]. Septiembre-octubre 2002 [referencia 1 de diciembre 2008];16(5):170-2.
37. Peralta S. Informe de resultados del programa Usuario Simulado. Área de auditoría, quejas y responsabilidades en la delegación Veracruz Norte. Hospital General de Zona 11 del IMSS de Xalapa, Ver.; 2008.
38. Pineda BE, De Alvarado EL, H. de Canales F. Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 7-14, 77-123.
39. Hernández M, Garrido M, López S. Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Pública Mex*. Marzo-abril 2000;42(2):144-54.
40. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velázquez O, Tapia R, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud Pública 2000. Tomo 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003. p. 284-87.
41. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª. Ed. México: Mac Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 389-417

