

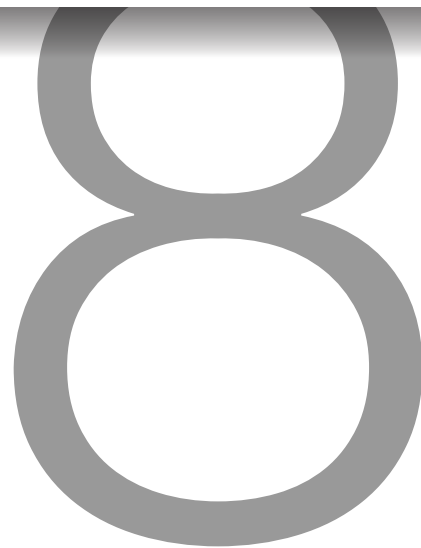
ISSN: 1870-2767

Gestión del Conocimiento III y Salud Pública III:

PRODUCTO DE LOS MÓDULOS
(Generación 2007-2009, tercer semestre)

COLECCIÓN EDUCATIVA EN SALUD PÚBLICA

Elsa Ladrón de Guevara Morales
Benno de Keijzer Fokker
Jaime Morales Romero
(Compiladores)



Instituto de Salud Pública
UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Elsa Ladrón de Guevara Morales
Jaime Morales Romero
Benno de Keijzer Fokker
(Compiladores)

**GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO III
Y SALUD PÚBLICA III:
Productos de los módulos
(Maestría en Salud Pública
2007-2009, tercer semestre)**

Instituto de Salud Pública
Universidad Veracruzana

Se admite la reproducción parcial o total
de esta publicación con la condición
de que sea mencionada la fuente.

Correspondencia:
Instituto de Salud Pública.
Universidad Veracruzana.
Av. Luis Castelazo Ayala s/n. Col. Industrial Ánimas.
C.P. 91190. Xalapa, Ver.
isp@uv.mx

Colección Educativa en Salud Pública es un espacio de divulgación, donde los autores contribuyen con su esfuerzo a difundir los productos, avances, debates o experiencias que se generan al interior de los programas educativos que promueve el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

Los trabajos que se publican conservan las ideas originales de los autores, sólo se realizan cambios en formato. De ahí que como proceso de formación ofrecemos un disculpa anticipada por los errores que puedan presentarse.

PRESENTACIÓN

Elsa Ladrón de Guevara Morales

9

IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL DIRECTIVO EN EL HOSPITAL “DR. LUIS F. NACHÓN”

*Alumna: Elizabeth Evelia Hernández Padilla
Directora de Tesis: Gabriel Riande Juárez
Asesora Externa: Claudia Patricia Laguna*

11

DIAGNÓSTICO DE LA COMUNICACIÓN ADMINISTRATIVA PARA UN PLAN DE COMUNICACIÓN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL “DR. LUIS F. NACHÓN”

*Alumno: Crescencio Norberto Galván Valentín
Directora de Tesis: Elizabeth Bonilla Loyo
Asesor Externo: Gabriel Riande Juárez*

53

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL “DR. LUÍS F. NACHÓN”

*Alumna: Nancy Ramírez Aburto
Directora de Tesis: Dulce María Cinta Loaiza
Asesor Externo: Gabriel Riande Juárez*

97

DIAGNÓSTICO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL. HOSPITAL “DR. LUIS F. NACHÓN” XALAPA, VER., 2009

*Alumna: Nelsy Marien Cortés Jiménez
Directora de Tesis: Gabriel Riande Juárez
Asesora Externa: Claudia Patricia Laguna Martínez*

129

EVALUACIÓN DEL APEGO A LA LEGISLACIÓN Y REGLAMENTACIÓN SANITARIA DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN EL CECAN

*Alumna: Tlalli Judith Saavedra Alvarez
Directora de Tesis: Edit Rodríguez Romero
Asesora Externa: Ivonne Cisneros Luján*

179

APEGO A LA NOM 007 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. V

*Alumna: Judith del Carmen Hernández Siliceo
Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales
Asesor Externo: Juan Carlos Vásquez Honorato*

219

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

255

*Alumna: Martha Elvia Sánchez Chiñas
Directora de Tesis: Ma. del Rocío Salado Pérez*

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS VALIDOS Y CONFIABLES, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN, PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

285

*Alumna: Paola Zereth Galindo Mimendi
Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales
Asesor Externo: Carlos Castañeda Hernández*

COSTO DE ATENCIÓN, EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL ESTADO DE VERACRUZ “DR. RAFAEL LUCIO”, Y EN PARTICULAR POR RETINOPATÍA, ASOCIADA A DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL 2008

347

*Alumno: Luis Daniel Cruz García
Directora de Tesis: Edit Rodríguez Romero
Asesor Externo: Francisco Barajas Martínez*

ANÁLISIS DEL USO DE LA TARJETA BINACIONAL DE SALUD DE TUBERCULOSIS EN USUARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ

375

*Alumna: Nesly Teresa Muñoz Cortés
Directora de Tesis: Dulce María Cinta Loaiza
Asesor externo: Fco. Javier Fuentes Domínguez*

ÁREA DISCIPLINAR
COMUNICACIÓN EN SALUD

PRESENTACIÓN	<i>Benno de Keijzer Fokker</i>	405
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	<i>Alicia Iraís Portillo Cancino, Alejandro Aguirre Guerrero, María Estrella Flores Collins</i>	407
DIAGNÓSTICO DE LA COMUNICACIÓN ADMINISTRATIVA PARA UN PLAN DE COMUNICACIÓN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL “DR. LUIS F. NACHÓN”	<i>Rocío López Lara, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez</i>	443
VIOLENCIA EN RELACIONES DE PAREJA: ESTUDIO EN BACHILLERATOS DE LA CIUDAD DE XALAPA	<i>Silvia del Pilar López Hernández, Benno de Keijzer Fokker, Luis Ayala Monroy</i>	471
LA CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD Y SUS EXPRESIONES EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES	<i>Francisco Contreras Sánchez, Benno de Keijzer Fokker, Luis Alberto Ayala Monroy</i>	495

PRESENTACIÓN

Dr. Jaime Morales Romero

519

**CONOCIMIENTO Y OPINIÓN QUE TIENE
LA POBLACIÓN NAHUA DE LA REGIÓN
DE ZONGOLICA, VERACRUZ, SOBRE EL
VIH/SIDA**

*Claudia Suárez Tepetla,
Miguel Figueroa-Saavedra Ruiz,
Martha Patricia Ponce Jiménez,
Jaime Morales Romero,
Uriel Andrade Camacho*

523

**PREVALENCIA Y FACTORES
ASOCIADOS A LA GLUCEMIA
ANORMAL EN AYUNO EN SUJETOS
MAYORES DE 15 AÑOS DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VII DE
ORIZABA**

*Aurelio Rojas Rodríguez,
Jaime Morales Romero,
Clara Luz Sampieri Ramírez,
Jorge S. Azamar Martínez,
Guillermo Ruiz Navarro*

543

ÁREA DISCIPLINAR: ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTACIÓN

Elsa Ladrón de Guevara Morales

En este número de Colecciones Educativas en Salud Pública, tenemos el agrado de presentar los proyectos de investigación, elaborados durante el tercer semestre de la Maestría en Salud Pública de la generación 2007-2009, y que darán origen a las tesis a través de las cuales los alumnos del área de Administración de Servicios de Salud, podrán adquirir dicho grado.

En esta generación, el desarrollo de dichos proyectos se inicia durante el semestre en el cual los alumnos eligen el área disciplinar bajo la que concluirán la Maestría, es decir después de haber finalizado el periodo de formación general en donde han adquirido los saberes y metodologías propias de la salud pública, lo cual les permite hacer una elección de área y de proyecto, con los elementos suficientes para realizar una elección informada.

Para el desarrollo de estos proyectos, se instrumentaron varias líneas estratégicas que permitieran alcanzar la mayor eficacia posible en los índices de titulación; una de ellas fue la incorporación de Asesores Externos relacionados con las temáticas a desarrollar y con las posibles áreas en las que se ejecutarían los proyectos, la función de dichos asesores era la de contribuir al desarrollo de los proyectos facilitando el acceso a la información institucional necesaria para su formulación, así como opinar sobre la evolución y contenido de dichos proyectos, estas tareas sin duda permitieron un rápido avance de los proyectos.

Otra estrategia instrumentada fue la de designar un Comité de Lectores, cuya función era realizar la lectura del avance del proyecto en varios momentos del semestre y realizar las observaciones pertinentes sobre el mismo. Sin duda fue un acierto más, ya que estos lectores más adelante podrían constituirse en pre-jurados de la tesis, lo que permitiría no sólo minimizar los tiempos de titulación, sino ir incorporando en el desarrollo del proyecto aquellas valiosas observaciones que los enriquecerían en el momento justo en el que aún podrían realizarse mejoras.

De esta manera, cada alumno recibió el acompañamiento de su director de tesis, de su asesor externo y de su comité de lectores. La tarea sin duda no fue fácil, ni para los alumnos ni para los profesionales que de manera desinteresada participaron en estos proyectos, ya que alcanzar consensos implicó largas horas de discusión y análisis, que finalmente rindieron frutos y que más adelante ponemos a su consideración.

Los proyectos que aquí se presentan podemos agruparlos en tres áreas; en la primera, se presentan cuatro proyectos desarrollados en el Hospital Civil "Dr. Luis F. Nachón" de esta ciudad, el cual se encuentra inmerso en un proceso que busca alcanzar un mejor desarrollo organizacional; contribuyendo a esta línea de trabajo se realizó un proyecto tendiente a evaluar el nivel de conocimiento en administración del personal directivo de dicho nosocomio; se realizó también un proyecto que busca establecer un diagnóstico sobre la comunicación administrativa en dicho hospital, un proyecto más busca evaluar la calidad en el servicio de nutrición y por último se presenta un proyecto más, orientado hacia el análisis y evaluación de clima organizacional del hospital.

Un segundo grupo de proyectos se relaciona con propuestas de investigación relacionadas con la calidad de los servicios de salud desde diferentes perspectivas, así el primer trabajo de este grupo plantea la realización de una evaluación del apego a la legislación y reglamentación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados en el Centro Estatal de Cancerología, otro más plantea la evaluación del apego del personal médico a la norma para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio en la Jurisdicción Sanitaria No. V; el tercer proyecto plantea realizar una evaluación del trato desde la perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS y por último, se presenta un proyecto cuyo objetivo es proponer un instrumento válido y confiable que facilite la autoevaluación de las

unidades de primer nivel de atención interesadas en recibir la acreditación para ser prestadores de servicios de salud para los usuarios del Seguro Popular.

El tercer grupo lo constituyen dos proyectos interesados, uno en la evaluación de los costos de atención en el Centro de Especialidades Médicas del estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", y en particular por retinopatía, asociada a diabetes mellitus tipo 2; y por último se presenta un trabajo que trata de recuperar las percepciones de usuarios y prestadores de servicio de salud de Veracruz sobre el uso de la tarjeta binacional de salud de tuberculosis.

Desde este espacio, deseamos reconocer y agradecer la valiosa colaboración de los funcionarios de las diferentes instituciones de salud, de los Asesores Externos y de los profesionales que integraron los Comités de Lectores, sin su apoyo seguramente el camino por recorrer hubiese sido más lento y más tortuoso.

IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADMINISTRACIÓN DEL PERSONAL DIRECTIVO EN EL HOSPITAL “DR. LUIS F. NACHÓN”

Alumna: Elizabeth Evelia Hernández Padilla¹

Director de Tesis: Gabriel Riande Juárez²

Asesora Externa: Claudia Patricia Laguna³

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco teórico

1.1.1 Administración

En el mundo moderno, la administración es imprescindible para el adecuado funcionamiento de cualquier organización, ya que establece principios, métodos y procedimientos para lograr una mayor rapidez y efectividad.¹ En este sentido, Daft² define a la organización como una entidad social que se dirige al alcance de metas y objetivos, la cual está diseñada con una estructura y sistema coordinado y compuesto por recursos humanos, materiales y financieros que interactúan entre ellos, formando así lo que se denomina un sistema.³

Chiavenato,³ define la administración como “el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales”, teniendo como tarea básica hacer las cosas, por medio de las personas, de manera *eficaz*^b y *eficiente*^c. Para Munch,¹ la administración es la actividad por la cual se obtienen los resultados, a través del esfuerzo y la cooperación de otros.

Es importante resaltar que la administración cuenta con características bien definidas, que son la base para poder ser utilizada en todas las organizaciones y en todos los niveles jerárquicos, las cuales son¹

- Universalidad: es decir, se aplica en cualquier organización.
- Valor instrumental: es un medio para lograr un fin u

a Sistema: conjunto de elementos interrelacionados entre sí que existen dentro de un entorno.

b Eficaz: cumplir con el objetivo planteado.

c Eficiente: logro de las metas con la menor cantidad de recurso.

objetivo mediante la obtención de resultados.

- Unidad temporal: porque es un proceso de cinco etapas (planeación, organización, integración, dirección y control) que no existen aisladamente.
- Amplitud de ejercicio: se aplica en todos los niveles de la organización.
- Especificidad: aunque se auxilia en otras ciencias y técnicas, tiene características propias.
- Interdisciplinariedad: está relacionada con todas aquellas ciencias y técnicas que tienen que ver con la eficiencia en el trabajo.
- Flexibilidad: los principios administrativos se adecuan a cada organización donde se aplica.

La administración se rige por catorce principios, los cuales son líneas fundamentales de aplicación general, que sirven como guías de conducta a observarse en la acción administrativa.

Dichos principios fueron formulados por Fayol^{3,4} y se enlistan a continuación:

1. División del trabajo: consiste en separar una tarea compleja en sus componentes, de tal manera que las personas son responsables de una serie limitada de actividades, en lugar de la tarea entera.⁵
2. Autoridad y responsabilidad: la autoridad es la acción de dar órdenes y la responsabilidad es la consecuencia del ejercicio de la autoridad.³
3. Disciplina: es considerada como la obediencia, dedicación, energía, comportamiento y respeto de las normas establecidas.³
4. Unidad de mando: se refiere a que los subordinados deben recibir órdenes solamente de un superior.⁴
5. Unidad de dirección: el director y el plan de trabajo deben tener un grupo de actividades con el mismo objetivo.^{3,4}
6. Subordinación del interés individual al general: los intereses de la organización deben estar por encima de los intereses personales.^{3,4}

7. Remuneración: esta debe ser justa y propiciar la máxima satisfacción a los trabajadores.⁴
8. Centralización: grado de concentración de la autoridad en un determinado rango o nivel jerárquico.^{3,4}
9. Jerarquía: línea de autoridad, la cual va desde los rangos mayores hasta los menores.⁴
10. Orden: Fayol asegura "un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar"; es decir, se refiere a la organización de lo material y humano.⁴
11. Equidad: se debe inculcar al personal la lealtad y dedicación, así como otorgar benevolencia y justicia.⁴
12. Estabilidad en la tenencia de cargo o puesto: la rotación del personal representa un impacto negativo dentro de la organización.³
13. Iniciativa: es la capacidad de visualizar y desarrollar un plan, asegurando el éxito del mismo.³
14. Espíritu de grupo: éste es el principio de "la unión hace la fuerza", la armonía y la unión entre las personas es la fortaleza de la organización.^{3,4}

En administración existe el proceso administrativo, el cual se define como el conjunto de fases y etapas sucesivas que se interrelacionan y forman un proceso integral.¹ El proceso administrativo consta de dos fases conocidas como: fase mecánica, que es la parte teórica de la administración y la fase dinámica, que se refiere a cómo manejar la organización.¹

Asimismo, las fases del proceso administrativo se dividen en cinco etapas básicas: planeación, organización, integración, dirección y control.⁶ Algunos autores consideran a la integración⁷ como una etapa, ya que está conformada por tres ciclos: el presupuestal, del trabajador y de los suministros.⁸

1. Planeación: es la primera etapa del proceso administrativo, en ésta se realiza el modelo a seguir de la organización, teniendo como base un modelo actual u observado (diagnóstico situacional o diagnóstico FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)), con la finalidad de lograr la imagen-objetivo u objetivo general. También se determinan los objetivos específicos, las metas y las políticas, se diseñan las estrategias, se elabora el programa de acción con su presupuesto y procedimientos a seguir.⁹

Los elementos que conforman la etapa de planeación son:

a. Principios: cinco son los principios que proporcionan la pauta para establecer una planeación racional, se encuentran íntimamente relacionados y son:¹

- Factibilidad: la planeación debe ser realizable, es decir, debe adaptarse a la realidad y a las condiciones del medio ambiente.
- Objetivos y cuantificación: cuando se planea deberán tomarse datos reales de estadísticas, estudios de mercado y factibilidad, no opiniones subjetivas que carecen de precisión, con la finalidad de reducir al mínimo los riesgos. La planeación es más confiable cuando se fijan los objetivos y éstos se cuantifican, ya que se facilita la ejecución y evaluación de los planes.
- Flexibilidad: cuando se elaboran los planes, debe tomarse en cuenta un margen de holgura, para afrontar situaciones imprevistas, con la finalidad de que éstos cumplan con los objetivos y metas establecidas.
- Unidad: los planes que se realicen, en todos y cada uno de los servicios, departamentos o coordinaciones deberán dirigirse al logro de los objetivos y metas de la organización.
- Cambio de estrategias: cuando exista un cambio en relación al tiempo de los planes, será necesario modificar los cursos de acción, las políticas, programas y presupuestos para lograrlos.

b. Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas): herramienta analítica apropiada para trabajar, con información limitada sobre la organización o institución, en las etapas de diagnóstico o análisis situacional, con miras a la planeación integral.¹⁰

c. Misión: propósito o razón fundamental de la existencia de una organización.⁷

d. Visión: es aquella idea o conjunto de ideas que se tienen respecto de la organización a futuro.⁷

e. Valores: son el conjunto de principios, creencias y reglas que regulan la gestión de la organización. Constituyen la filosofía institucional y el soporte de la cultura organizacional. El objetivo básico de la definición de valores corporativos es: tener un marco de referencia que inspire y regule la vida de la organización.¹¹

f. Objetivos: son fines por alcanzar, establecidos y determinados para realizarse transcurrido un tiempo específico. Representan los resultados que la empresa espera obtener. A su vez, deben ser perfectamente conocidos y entendidos por todos los miembros de la organización; estables, ya que los cambios continuos en los objetivos originan conflictos y confusiones.¹

g. Estrategias: son cursos de acción general o alternativas, que muestran la dirección y el empleo general de los recursos y esfuerzos, para lograr los objetivos en condiciones ventajosas. Además, es un área clave para alcanzar los resultados, es decir, una actividad básica dentro de la empresa que está relacionada

con el desarrollo total de la misma.¹

- h. Políticas: son guías para orientar la acción; son criterios y lineamientos generales que hay que observar en la toma de decisiones, acerca de problemas que se repiten una y otra vez en la organización.¹
- i. Programa: establece la secuencia de actividades específicas que habrán de realizarse para alcanzar los objetivos, así como el tiempo y los eventos específicos involucrados.¹
- j. Presupuesto: presentación cuantitativa formal de los recursos asignados para programas o proyectos dentro de plazos de tiempo específicos.⁵

2. Organización: con ella se identifica el modelo de estructura de la organización y se agrupan las funciones en unidades administrativas. Se diseña el organigrama y se delimitan las relaciones de trabajo, es decir, las líneas de coordinación entre los diferentes niveles jerárquicos, así como la descripción de puestos, estableciendo responsabilidades y autoridad para lograr las metas propuestas. También se elaboran los manuales de organización^d y de procedimientos^e para la organización.⁹ Los elementos que conforman la etapa de organización son:

- a. Principios: nueve son los principios que proporcionan la pauta para establecer una organización racional, se encuentran íntimamente relacionados y son:¹
 - Del objetivo: las actividades establecidas en esta etapa, deben estar encaminadas a cumplir con los objetivos y metas de la organización.
 - Especialización: una persona realizará su trabajo con mayor eficiencia, si están bien delimitadas sus funciones, por lo que es importante que estas sean claras y precisas.
 - Jerarquía: se deben establecer los niveles de autoridad de manera que la comunicación sea clara e ininterrumpida, la cual debe fluir desde el más alto nivel de la administración al más bajo.
 - Paridad de autoridad y responsabilidad: a cada persona se le debe otorgar el mismo grado de

^d Manual de organización: establece actividades, líneas de mando entre los diferentes niveles jerárquicos, incluye la descripción de responsabilidades y autoridad que realiza cada persona en un puesto determinado.

^e Manual de procedimientos: establece la secuencia para llevar a cabo una actividad; es decir, los pasos a seguir y el responsable de cada una de ellas.

responsabilidad y autoridad para cumplir con su trabajo.

- Unidad de mando: los subordinados sólo deben recibir órdenes de un jefe, ya que si existen dos o más ocasionará falta de responsabilidad, confusión e ineficiencia.
 - Difusión: se debe publicar y poner por escrito las funciones de cada puesto que cubren responsabilidad y autoridad para todas aquellas personas que tienen relación directa con las mismas.
 - Amplitud o tramo de control: existe un límite de subordinados para cada jefe, con la finalidad de que se puedan realizar las funciones de manera eficiente. Urwick (citado por Munch),¹ menciona que el jefe sólo debe tener de cinco a seis subordinados, de manera que no se sobrecargue de personal y pueda atender otras funciones importantes.
 - De la coordinación: para que la organización funcione correctamente, debe existir una buena armonía y sincronización de los recursos que la integran, con el fin de lograr los objetivos y metas establecidos.
 - Continuidad: es decir, una vez que se ha establecido la estructura organizacional, se deberá mantener, mejorar o ajustar de acuerdo a las condiciones del medio ambiente o a los cambios tecnológicos.
- b. División del trabajo: dividir una tarea compleja en sus componentes, de tal manera que las personas son responsables de una serie limitada de actividades, en lugar de la tarea entera. En ocasiones a esta actividad se le llama división de labores.⁵
 - c. Jerarquización: se refiere a la disposición de funciones por orden de rango, grado o importancia.¹
 - d. Departamentalización: agrupar en departamentos aquellas actividades laborales que se parecen y se relacionan de manera lógica.⁵
 - e. Canales de comunicación formal: es el medio de comunicación respaldado por los gerentes. Entre ellos se encuentran los boletines, memorándums y las juntas de personal.⁵
 - f. Manuales administrativos: son documentos detallados que contienen en forma ordenada y sistemática, información acerca de la organización de la empresa y pueden ser de políticas, departamentales, bienvenida, organización, procedimientos, técnicas y descripción de puestos.¹
 - g. Organigrama: diagrama de la estructura de la organización, que muestra los departamentos o puestos, su nivel jerárquico y relaciones.⁵
 - h. Desarrollo organizacional: es una respuesta al cambio, una estrategia educacional con la finalidad de cambiar creencias, actitudes, valores y estructuras

de las organizaciones, de modo que éstas puedan adaptarse mejor a nuevas tecnologías, a nuevos desafíos y al aturdidor ritmo del cambio.¹²

3. Integración: es la tercera etapa del proceso administrativo, en ella se dotan los recursos humanos, materiales y financieros a la estructura (organización), para que funcione de acuerdo a lo planeado y permita la consecución de los objetivos.⁸ Los elementos que conforman la etapa de integración son:

a. Principios: siete son los principios que proporcionan la pauta para establecer una integración racional, se encuentran íntimamente relacionados y son:¹

- Cobertura: que los recursos lleguen en cantidad suficiente y de manera oportuna a todas las áreas donde sean necesarios.
- Calidad: se refiere a que los recursos utilizados por la organización, satisfagan al usuario (interno y externo) y respondan a sus necesidades.
- Idoneidad de la compra: que el recurso adquirido sea el adecuado para las necesidades de la organización.
- Fidelidad técnico-administrativa: que el quehacer administrativo en los ciclos de los recursos, sea apegado a las necesidades técnicas de la organización.
- Racionalidad programática: que el presupuesto designado sea usado eficientemente y con racionalidad en el ciclo de los recursos.
- Oportunidad: que la adquisición de recursos sea adecuada para el momento en que se necesitan.
- Previsión: se debe planear y prever las necesidades de recursos para adquirirlos con la oportunidad debida.⁸

b. Ciclos del proceso de integración: presupuestal, del trabajador y de los suministros.⁸

- Ciclo presupuestal: en esta etapa se elabora el programa, los costos de los recursos humanos, materiales y del mantenimiento, así como su aprobación.⁸
- Ciclo del trabajador: está conformado por las etapas de reclutamiento (fuentes y medios), selección (entrevista y exámenes), introducción (general y específica: departamento y puesto), desarrollo (capacitación, adiestramiento, entrenamiento, transferencia, promociones y estabilización: comisiones) y retiro (muerte, jubilación-pensión, renuncia y despido).⁸
- Ciclo de suministros: se adquieren, controlan, distribuyen o almacenan los recursos materiales con los que se cuenta.⁸ Este ciclo está conformado por cuatro etapas o momentos que son:

- Adquisición de suministros: en ésta, se incluye el cuadro básico, selección de proveedores, compras y compras de urgencia.

- Control de suministros: está formado por almacenamiento, registro e inventarios.

- Distribución de suministros: se maneja el calendario de pedidos y surtido.

- Almacenamiento: también llamado stock; está formado por stock de mínimos y máximos.

4. Dirección: en esta etapa se conduce o guía a las personas, para el logro de los objetivos y metas propuestas a través de la comunicación, complementándose con la toma de decisiones, la cual consiste en seleccionar de varias opciones, la más conveniente en cuanto a calidad y aceptación por parte de los subordinados.⁹ Los elementos que conforman la etapa de dirección son:

a. Principios: seis son los principios que proporcionan la pauta para establecer una dirección racional, se encuentran íntimamente relacionados y son:¹

- De la armonía, del objetivo o coordinación de intereses: la dirección será eficiente siempre y cuando se logren los objetivos generales de la organización, considerando que el personal se interese en ellos y no se contrapongan a su autorrealización.
- Impersonalidad de mando: la autoridad emana del puesto, no de la persona, por lo tanto, los subordinados y jefes deben estar conscientes de ello.
- De la supervisión directa: el jefe debe proporcionar el apoyo y comunicación a su personal durante la ejecución de su trabajo, con la finalidad de que se realice con mayor eficacia y eficiencia.
- De la vía jerárquica: es importante respetar los canales de comunicación formal, de tal manera que la información sea transmitida a través de los niveles jerárquicos, evitando conflictos y fugas de responsabilidad.
- De la resolución del conflicto: es importante resolver los problemas al momento, por muy insignificante que parezca, ya que en caso contrario, podría provocar graves problemas colaterales.
- Aprovechamiento del conflicto: los problemas que se presentan podrían ser obstáculos para lograr los objetivos establecidos. Por eso, es importante que el jefe aproveche el conflicto, para proponer nuevas

estrategias y alternativas, con el fin de evitar, en un futuro, este tipo de dificultades.

- b. Autoridad: forma de poder, con frecuencia usada en términos más amplios para referirse a la capacidad de las personas para esgrimir un poder resultante de sus cualidades.⁵
- c. Delegación de autoridad: asignar a otras personas, las responsabilidades y la autoridad que se precisan para lograr los objetivos.⁵
- d. Liderazgo: Proceso para dirigir e influir en actividades relacionadas con las tareas, en los miembros de un grupo.⁵

- Liderazgo autocrático: el líder fija las directrices sin participación del grupo.
- Liderazgo democrático: las directrices son debatidas por el grupo y decididas por éste, con el estímulo y apoyo del líder.
- Liderazgo liberal: la participación del líder es mínima, las decisiones son autónomas, ya sean de manera grupal o individual.

- a. Motivación: persuadir e inspirar al personal para que desarrolle el trabajo como se desea.³
- b. Supervisión: es una función que implica un juicio de valores, pero se ejecuta durante la realización de una actividad y, por lo tanto, se tiene la posibilidad de corregir el resultado final.³
- c. Comunicación: es una actividad administrativa que tiene dos propósitos fundamentales: proporcionar la información y la explicación necesaria para que las personas puedan desempeñar sus tareas; y adoptar las actitudes necesarias que promuevan la motivación, cooperación y satisfacción de las personas.^{3,13}
- d. Coordinación: integración de actividades de las diversas partes de una organización, con el propósito de alcanzar las metas de la organización.⁵
- e. Trabajo en equipo: realizar tareas a través de grupos pequeños de personas que son responsables en forma colectiva y cuyo trabajo requiere coordinación.¹⁴
- f. Conflicto: proceso por el que una de las partes (personas o grupo) percibe que otra se opone o afecta de forma negativa a sus intereses.¹⁴
- g. Manejo de conflicto: es una estrategia que busca encaminar a los gerentes para poder tomar mejores decisiones en conjunto, particularmente sobre problemas difíciles y contenciosos.¹⁵

5. Control: es la última etapa del proceso administrativo, en ella se da seguimiento a las actividades realizadas

y a los logros obtenidos, está encaminada a corregir las desviaciones que puedan darse respecto a los objetivos. Se ejerce con referencia a los planes, mediante la comparación regular y sistemática de las previsiones y las consiguientes realizaciones, así como la valoración de las desviaciones respecto de los objetivos.¹² Los elementos que conforman la etapa de control son:

- a. Principios: seis son los principios que proporcionan la pauta para establecer un control racional, se encuentran íntimamente relacionados y son:¹

- Equilibrio: de la misma manera en la que se delega autoridad y responsabilidad, se otorga el grado de control.
- De los objetivos: el control es un medio para alcanzar los objetivos de la organización.
- De la oportunidad: el control debe ser eficaz, es decir, aplicarse anticipadamente para que sea posible tomar medidas correctivas.
- De las desviaciones: las variaciones deben analizarse detalladamente para conocer el origen de la causa y así tomar las medidas necesarias para evitar que se cometan en el futuro.
- De excepción: el control sólo debe aplicarse a aquellas funciones que así lo ameriten.
- De la función controlada: la persona que realiza la actividad no es la persona idónea para controlarla, es decir, debe existir otra persona (jefe o nivel gerencial superior) que aplique el control de las funciones.

- b. Determinación de normas: se analizan los objetivos, metas, actividades y procedimientos. Se eligen los aspectos significantes y se definen los indicadores de calidad, tiempo, cantidad, contabilidad, costos, eficacia, eficiencia, efectividad, cobertura e impacto, así como sus estándares.⁸

- c. Medición del desempeño: consiste en revisar que lo establecido se esté logrando tal y como se planificó. Este es un proceso repetitivo, por lo que se debe evitar que pase mucho tiempo entre una medición y otra. Si los resultados corresponden a lo establecido, todo está bajo control.⁵

- d. Evaluación: es fijar el valor del elemento a evaluar. Para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto de un criterio o patrón determinado. Es decir, compara "lo que es" con "lo que debería ser".¹⁶

- e. Etapas o momentos de la evaluación: inicial, de proceso y final.¹⁶

- Evaluación inicial: tiene como finalidad proporcionar criterios racionales para una crucial decisión. Permite ordenar los proyectos, según su eficiencia, para alcanzar los objetivos perseguidos.
 - Evaluación de proceso: determina la medida en que los componentes de un proyecto contribuyen o son disfuncionales a los fines perseguidos. Se realiza durante la implementación y, por tanto, afecta a la organización y a sus operaciones.
 - Evaluación de resultado: busca apreciar en qué medida el proyecto alcanzó sus objetivos y cuáles son sus efectos secundarios. Esta evaluación mira hacia atrás, es decir, si el proyecto funcionó o no.
- f. Acciones correctivas: Esta etapa es necesaria, sobre todo si el desempeño no cumple con los niveles establecidos y el análisis indica que se requiere una intervención. Las medidas correctivas pueden necesitar un cambio, ya sea en una o varias actividades de las operaciones de la empresa, o bien, un cambio en las normas establecidas originalmente.¹

Existen tres diferentes niveles de administración o gerenciales, reciben este nombre debido a que sus actividades están relacionadas con otras personas y de las cuales dependen que éstas se lleven a cabo. Dichos niveles son:⁶

1. Administración o gerencia de alto nivel: la alta dirección es responsable del curso general y las operaciones en la organización, también se encarga de elaborar las políticas, estrategias y establecer las metas. Los gerentes que pertenecen a este nivel son: el presidente o director y vicepresidente o subdirector.⁶
2. Administración o gerencia de nivel medio: se encarga de dirigir y coordinar las actividades de los administradores o gerentes de primer nivel y las del personal operativo. El gerente de nivel medio también es denominado coordinador o jefe del departamento o servicio.⁶
3. Administración o gerencia operativa: es la encargada directamente de la producción de bienes o servicios, ésta le dedica mayor tiempo a supervisar a las personas que realizan las actividades. Los gerentes de este nivel también son nombrados líderes de equipo o jefes de sección.⁶

Katz (citado por Stoner)⁵ identificó tres habilidades básicas para el administrador o gerente:

- Habilidad técnica: es el uso del conocimiento especializado para aplicarlo en el trabajo y los procedimientos.

- Habilidad humana: es la capacidad para trabajar con las personas, de manera individual o grupal, con la finalidad de entenderlos, motivarlos y coordinarlos.
- Habilidad conceptual: coordinación e integración de todas las actividades e intereses de la organización, lo cual implica comprender a la organización como un todo.

De lo anterior, es necesario destacar la importancia que tiene el conocimiento en administración para el gerente. Es por ello que, para efectos de esta investigación, se identificó la habilidad técnica; es decir, el nivel de conocimiento en administración.

1.1.2 Desarrollo gerencial

El futuro de una organización depende de los gerentes,^f ya que este grupo desempeña funciones esenciales, como la toma de decisiones para la estabilidad y prosperidad de la misma. Por ello, es muy importante que se mantengan capacitados y actualizados, con la finalidad de dirigir al recurso humano en un ambiente dinámico. A medida que el gerente tiene un nivel alto en la organización, no sólo hará uso de sus habilidades humanas y conceptuales, sino también de las técnicas (conocimientos).

Existen programas de desarrollo interno y externo para los gerentes de niveles altos, medios y operativos, tales como: desarrollo gerencial, administración por objetivos y dirección por objetivos.

El desarrollo gerencial,^{17,18} consiste en un conjunto de experiencias de aprendizaje que proporciona una organización, mediante cursos o talleres, cuya finalidad es lograr un cambio de actitudes o mejorar el nivel de habilidades y conocimientos en los gerentes, dando como resultado un buen desempeño en toda la institución. Por eso, es importante determinar las necesidades gerenciales dentro de la organización, así como la evaluación de su desempeño.

En México, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a través de la División de Educación Continua de la Universidad Veracruzana, impartió el Diplomado en Administración Pública del 07 al 11 de octubre de 2002, teniendo una duración de 20 horas. Dentro de los módulos se encontraba el

^f Gerente: término destinado para referirse al responsable de cumplir con el desarrollo de la actividad.

de Administración del capital humano y de los recursos materiales, teniendo como temas de interés: la función del administrador de los recursos humanos; reclutamiento, selección y contratación de personal e inducción al puesto; sueldos y salarios, prestaciones y su aplicación; capacitación y desarrollo de personal, relaciones laborales y evaluación del desempeño. Este diplomado estuvo dirigido a los directivos, ya que es una función esencial de la organización moderna, la cual requiere de una constante evolución y la participación de todos sus miembros, para hacer frente a los cambios sociales y lograr sus objetivos y metas.¹⁹

A su vez, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), considera primordial proveer a sus trabajadores los elementos que contribuyan al adecuado funcionamiento de la organización.²⁰ Por lo que elaboró una estrategia para el desarrollo gerencial del personal directivo, considerado de vital importancia, ya que tiene como responsabilidad la administración de los recursos y la misión de la seguridad social. La estrategia se llevó a cabo mediante una capacitación operativa a nivel nacional, en el período comprendido de junio de 2005 a mayo de 2006, en el que se impartieron cursos divididos en dos subprogramas:

- Desarrollo gerencial: el cual estuvo integrado por temas como: administración, conocimiento del ser humano, trabajo en equipo, liderazgo, mejora continua, calidad total y planeación estratégica;¹⁰ con el objetivo de proporcionar conocimientos y desarrollar habilidades gerenciales que les permitan ser resolutivos y fomenten la superación en sus colaboradores.
- Diplomado en desarrollo directivo: dirigido a proporcionar conocimientos en habilidades gerenciales, técnico-administrativas e investigación de campo; así como enfoques de calidad en los servicios y metodología de la investigación.

En el primero, se impartieron 602 cursos a 8,660 directivos de mandos medios; y en el segundo, 35 diplomados a 796 funcionarios. De acuerdo a lo anterior, el IMSS considera importante el desarrollo gerencial institucional mediante la capacitación, ya que de ella se ha visto beneficiada la institución en el incremento de la calidad de los servicios que proporciona a los derechohabientes y usuarios.

El programa Administración Por Objetivos (APO), se define como un proceso mediante el cual, los gerentes de una institución identifican en conjunto sus objetivos comunes y definen las áreas principales de responsabilidad de cada [individuo](#), en términos de los resultados que se esperan

de él, empleando esas medidas como orientación para operar la unidad y evaluar la contribución de cada uno de sus miembros.²¹ En ocasiones, los gerentes de alto nivel sólo consideran a la APO como una herramienta de control y evaluación.

La Dirección por Objetivos (DpO), es una técnica para mejorar el rendimiento de los gerentes, la cual "combina una serie de actividades atribuidas a la dirección en un procedimiento formal, que resulta útil para quien está al frente de un departamento, así como para mejorar el rendimiento de sus subordinados".²²

La DpO tiene dos principios básicos, que son: dirección centrada en resultados y las personas motivadas y comprometidas con lo que se espera de ellas. En este sentido, las organizaciones están aplicando pruebas psicológicas y profesionales para la evaluación de competencias del personal que seleccionan para sus puestos.

A través de la DpO, la administración, como proceso, tendrá la seguridad al momento de analizar y evaluar los resultados del trabajo de todos y cada uno de sus componentes, inclusive del tan impredecible recurso humano. Este último, será medido de manera objetiva, a través de su rendimiento pronosticado por un estudio previo de sus habilidades, al momento de instalarlo en un puesto directivo.

Por lo tanto, los gerentes deben actualizar sus conocimientos constantemente, así mismo debe permitir que sus empleados también lo hagan, por medio de diplomados, cursos de comunicación interpersonal y de superación personal; de esta forma se logrará un crecimiento personal y profesional, que se verá proyectado en su trabajo dentro de la organización.

1.1.3 Sistema de Salud

El Sistema de Salud es un reflejo de los valores sociales expresados en los marcos jurídicos y enmarcados en las políticas de salud, el cual se define como el conjunto de organizaciones encargadas de las intervenciones en la sociedad, teniendo como objetivo principal la salud.²³ Las características de cada Sistema de Salud dependen de las condiciones políticas y socioeconómicas de cada país, así como de las relaciones entre el Estado, la sociedad y la familia.²³ Por ejemplo: el Sistema de Salud Mexicano, se

caracteriza por su segmentación^g y fragmentación^h en el financiamiento y acceso a los servicios.

En México, las organizaciones que conforman el Sistema Nacional de Salud coordinan sus servicios en relación al grado de complejidad de los problemas de salud que atienden, siendo denominados niveles de atención:²³

- Primer nivel: se realizan acciones orientadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente; el servicio lo brindan médicos generales y personal de enfermería. En este nivel se ubican los centros de salud y las unidades de medicina familiar.
- Segundo nivel: ofrece servicios de atención médica especializada ambulatoria, hospitalización y urgencias. Requiere de la intervención de especialistas en las diferentes ramas de la medicina, así como de equipo y tecnología de punta. Los hospitales generales, hospitales de zona o subzona y la clínica hospital se encuentran considerados en este nivel. Es importante mencionar que el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" es una organización de este nivel de atención.
- Tercer nivel: brinda atención especializada de mayor complejidad, realiza actividades de investigación y formación de recursos humanos de alta especialidad. En este nivel se encuentran los Institutos Nacionales y los Centros Médicos Nacionales o Regionales.²³

Ahora bien, es necesario conceptualizar al hospital público, ya que el área geográfica de estudio se desarrolla en este ámbito. Aguirre²⁴ describe al hospital como un establecimiento de atención médica con capacidad resolutoria de consulta externa general, atención de urgencias, cirugía ambulatoria y de especialidades básicas, labora las veinticuatro horas del día, siete días a la semana, los trescientos sesenta y cinco días del año; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al hospital público como "elemento de la organización sanitaria y social, cuya función es asegurar a la población

g Coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud, cada uno de ellos especializados en diferentes segmentos de la población de acuerdo al nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

h Coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial, lo cual no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención.

asistencia médica completa, curativa y preventiva, y que sus servicios lleguen hasta el núcleo familiar, siendo también un centro de formación médica e investigación biosocial".²⁵

Por consiguiente, el hospital puede ser considerado como una organización o empresa (Bohigas, citado por Novaes),²⁶ ya que es una entidad conformada por un grupo de personas, en donde se realizan diferentes procesos de producción, tales como: producción clínica (egresos, intervenciones quirúrgicas y consultas), producción técnica-médica (unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico: farmacia, laboratorio y radiología) y producción industrial (alimentación, lavandería, esterilización y aseo); con la finalidad de alcanzar un objetivo común, mediante la división de las funciones y del trabajo, a través de una jerarquización de la autoridad y de la responsabilidad.

En el contexto de un hospital, se encuentran los gerentes o administradores de nivel:

- Alto: Director general, Subdirector administrativo y Subdirector médico.
- Medio: Coordinadores, Jefes de Departamento o Servicio.
- Operativo: Supervisores y Jefes de piso.

Dentro de las funciones del gerente de nivel alto de un hospital se encuentran:²⁷

- La representación, autoridad y responsabilidad dentro del mismo.
- La distribución de los recursos humanos, físicos y financieros del hospital, mediante la planeación, dirección, control y evaluación de su funcionamiento, en el conjunto de sus divisiones y con respecto a los servicios que presta.
- Elaboración de informes periódicos sobre la actividad del hospital y la presentación anual del informe final.

Entre las funcionesⁱ de los gerentes de nivel medio se encuentran:²⁷

- Dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el funcionamiento de los servicios del hospital, proponiendo al gerente

i Cabe destacar que estas funciones varían dependiendo el área o departamento en el que se encuentren desarrollando sus actividades

de nivel alto las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de los mismos.

- Proponer, dirigir, coordinar y evaluar las actividades de la atención médica, docencia e investigación.
- Cumplir con las funciones y actividades asignadas, así como las normas, reglamentos y leyes.

Las funciones de los gerentes de nivel operativo son:

- Supervisar y coordinar el funcionamiento del área o servicio que le corresponde. Es decir, la puesta en marcha de las líneas estratégicas.
- Potenciar la participación del personal que se encuentra en el área o servicio.

1.1.4 Desarrollo Organizacional (DO)

Las organizaciones modernas han tenido que desarrollar la habilidad para integrarse a los cambios políticos, científicos, tecnológicos, sociales y culturales. Para hacer frente a dichos cambios, existe un recurso llamado Desarrollo Organizacional (DO), el cual se define como "una respuesta al cambio, una estrategia educacional con la finalidad de cambiar creencias, actitudes, valores y estructuras de las organizaciones, de modo que estas puedan adaptarse mejor a nuevas tecnologías, a nuevos desafíos y al aturdidor ritmo del cambio".¹² El DO tiene características importantes, las cuales son: es una estrategia educativa planeada; el cambio está ligado a las exigencias que la organización desea satisfacer como son: problemas de destino, crecimiento, identidad y revitalización; busca la eficiencia organizacional y el comportamiento humano.

El DO está conformado por tres etapas básicas, las cuales son:²⁸

1. Recolección de datos: con éstos se describe el sistema organizacional y las relaciones entre sus elementos, identificando los problemas más importantes.
2. Diagnóstico e interpretación de los datos: se hace con base a los objetivos de la organización y, a su vez, sirve para elaborar estrategias.
3. Implementación del proceso de DO: se analizan las técnicas basadas en las ciencias del comportamiento y se decide la más adecuada, para aplicarla en un momento o situación determinada.

El DO requiere que una organización trabaje armónicamente, dado que sus partes se relacionan entre sí.

1.1.5 Modelo de Gestión para la Calidad de la Secretaría de Salud

La definición más integral y simple de calidad es la de W. Edwards Deming, considerado el padre del movimiento de la calidad total, que es "hacer lo correcto, en la forma correcta y de inmediato".²⁹ La calidad, vista desde una manera integral, está formada por dimensiones, las cuales son: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades.

Dentro de la calidad existen varios modelos que se implementan a nivel mundial, los más destacados son: Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM por sus siglas en inglés European Foundation for Quality Management), Modelo Malcom Baldrige, Modelo de calidad japonés, Modelo iberoamericano de excelencia a la gestión, Modelo ISO (International Organization for Standardization por sus siglas en inglés) 9001:2000 y Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud.

La aplicación del Modelo de Gestión para la Calidad de la Secretaría de Salud se está impulsando en las diferentes unidades médicas y administrativas que conforman el Sistema de Salud, por lo que actualmente dicho modelo se está implementando en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Este modelo tiene como eje principal, satisfacer las necesidades del cliente interno o externo, sus proveedores y el impacto a la sociedad a la que sirven.

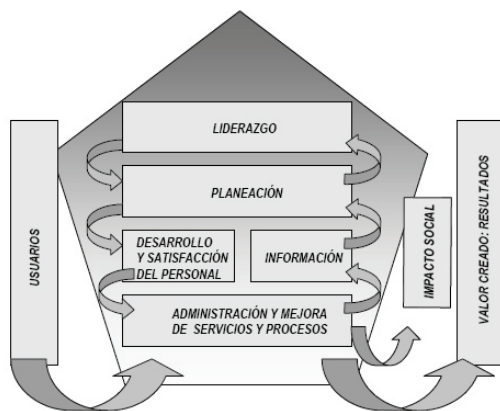
El modelo contempla ocho criterios que son:³⁰

1. Usuarios: describe el sistema por el que la unidad conoce las necesidades y expectativas de sus usuarios y cómo percibe los servicios proporcionados, manteniendo una relación permanente y la evaluación del nivel de satisfacción.
2. Liderazgo: describe el sistema de la participación directa y el compromiso visible de los directivos para determinar el rumbo de la unidad, así como la forma en que se diseña, implanta y evalúa el proceso de mejora y la cultura de trabajo deseada.
3. Desarrollo y satisfacción del personal: describe el sistema que emplea la unidad para lograr el desarrollo del personal durante su vida laboral, desde la selección e ingreso hasta su separación, con la finalidad de favorecer su desempeño y satisfacción, de acuerdo con las estrategias de la unidad.
4. Administración y mejora de procesos: describe el sistema utilizado por la unidad para diseñar, medir, controlar y mejorar sus procesos para proporcionar los

servicios, definiendo los enlaces para construir cadenas desde el proveedor hasta el usuario, que garanticen la creación de valor en forma consistente y, con ello, se logren los objetivos estratégicos predeterminados.

5. Planeación: describe el sistema con el que la unidad orienta el trabajo para definir sus objetivos y estrategias, desplegándolos en toda la unidad para el incremento de la calidad de sus servicios.
6. Información: describe el sistema para obtener, estructurar, comunicar y analizar la información, a fin de evaluar la eficacia y la eficiencia del desarrollo de la unidad.
7. Impacto social: describe el sistema empleado por la unidad para cumplir con su responsabilidad pública, así como para contribuir al desarrollo sustentable de su entorno y promover la cultura de calidad en la comunidad.
8. Valor creado: evalúa el desempeño de la unidad, sus niveles y tendencias, en cuanto a la creación de valor para sus grupos de interés, realizando el análisis causal entre los resultados de los indicadores clave de sus servicios y los procesos para producirlos.

Figura 1. Modelo de Gestión para la Calidad de la Secretaría de Salud.³⁰



De los ocho criterios anteriores, seis de ellos (2, 3, 4, 5, 6 y 8) hacen hincapié en las funciones de los gerentes o administradores; sin embargo, ellos no siempre participan en la prestación de servicios de atención médica de manera directa, pero, la calidad de la atención es importante en su trabajo diario. Para un gerente o administrador, la concentración en la calidad puede ayudarle a organizar de manera adecuada al personal, mejorar el flujo de los pacientes y el acceso de los servicios a la población.

1.1.6 La Salud en Las Américas y en México

En la actualidad, la transformación del sector salud en Las Américas se ha concentrado en los cambios de estructura, financiero y organizacional de los Sistemas de Salud, así como en la prestación de servicios de atención médica a los usuarios.³¹

Por lo anterior, se ha hecho necesario definir y operacionalizar las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), de éstas la No. 8 hace énfasis en el desarrollo de recursos humanos y su capacitación en salud pública. En 1999, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), puso en marcha la iniciativa denominada "La Salud Pública en las Américas", en coordinación con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control, CDC) y del Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), para mejorar la práctica de la salud pública y el liderazgo de las autoridades sanitarias en el Estado.³² La propuesta está dirigida a los países miembros de la OPS, así como a sus entidades federativas o departamentos.

En México, se ha tratado de solucionar los problemas de salud de la población que van en aumento^j, como las enfermedades crónico-degenerativas y las relacionadas con la pobreza, además de la insuficiencia de los recursos para atender la creciente demanda. Los Sistemas de Salud tienen como función principal "prestar servicios de salud, ya sean personales o comunitarios, efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios".³³ En este sentido, la calidad significa "disponer de servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo".³³ El problema principal de calidad del Sistema Nacional de Salud Mexicano, es la heterogeneidad de los principales prestadores de servicios³³ esto se debe, tanto a las diferentes formaciones académicas como las funciones que realizan dentro del sistema.³⁴

Es por ello que, el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006,³⁴ consideró a la capacitación gerencial, un instrumento indispensable para adaptar al personal a las crecientes demandas de servicios, con la finalidad de lograr una mayor eficiencia en la utilización de los

^j El país debe atender estos aspectos, los cuales se encuentran fundamentados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la fracción 3ª del artículo 4º y en la Ley General de Salud, en los artículos 1º, 2º y 3º

recursos, brindando servicios de calidad. En este sentido, la capacitación gerencial, es un proceso que se planea, ejecuta, controla y evalúa en coordinación con las diferentes instancias administrativas de los Servicios de Salud a nivel estatal y nacional, y con la participación del personal directivo y operativo de las instituciones. La cual hace hincapié en los diferentes niveles gerenciales, quienes deben contar con el conocimiento, destreza y habilidades en la toma de decisiones, administración y conducción de las acciones operativas de su responsabilidad, con el fin de lograr los objetivos institucionales.

La capacitación gerencial estuvo orientada de la siguiente manera:³⁴

- Capacitación a directivos: actualización de métodos y técnicas sobre liderazgo, gestión y administración de los recursos.
- Capacitación a personal médico y paramédico: cursos de actualización de procedimientos y técnicas para fortalecer estrategias de operación, en aspectos directivos y toma de decisiones.
- Capacitación a auxiliares de salud de la comunidad: talleres de aprendizaje acerca del apoyo al personal médico.

El PNS 2007-2012³³ contempla, dentro de la función de rectoría del sistema, la regulación de la atención a la salud, por medio de la acreditación de las escuelas y facultades de medicina, certificación de los recursos humanos y la certificación y acreditación de las unidades de atención a la salud.

En este plan se señalan cinco objetivos, el número tres enmarca lo siguiente: "brindar servicios de salud eficientes". Para garantizar dicho objetivo, se elaboraron diez estrategias, de las cuales la estrategia 9 establece: "fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos;"³³ de ésta se deriva la línea de acción 9.5: "desarrollo de competencias gerenciales en el personal directivo que fortalezcan la toma de decisiones de salud",³³ la cual está encaminada a desarrollar las capacidades gerenciales que faciliten el trabajo en equipo, promuevan la mejora continua de procesos y enfatizan en la obtención de resultados, de manera que contribuyan a mejorar la toma de decisiones.

La manifestación de resultados será evidente cuando exista un mecanismo que integre los recursos humanos,

de manera que permita a cada uno de ellos operar sus funciones a través de un medio bien definido, con oportunidad de realizar ajustes pertinentes a las exigencias que se demanden y prever eventualidades; así como necesidades futuras que se deriven de la transversalidad entre ellos.

De esta manera, el recurso humano, de acuerdo a su perfil emocional y rendimiento en el trabajo, se dictaminará como *competente* para la actividad que se le asigne.

Punk (citado por Mora),³⁵ afirma que una persona es competente si posee conocimientos, destrezas y aptitudes que necesita para desempeñar su trabajo, siendo capaz de resolver las tareas que le corresponden de manera independiente y flexible, con la voluntad de desarrollarse dentro de la organización en la que se encuentra.

McClelland (citado por Consejería de Salud), define la competencia como "aquello que realmente causa un rendimiento superior en el trabajo".³⁶ Por lo tanto, las competencias indican conductas del desempeño de un puesto de trabajo.

Las competencias gerenciales "son una combinación de los conocimientos, destrezas, comportamientos y actitudes que necesita un gerente para ser eficaz en una amplia gama de labores gerenciales y en diversos entornos organizacionales".³⁷

Hellriegel (2000), define las competencias gerenciales como "un conjunto de conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes que una persona necesita para ser eficiente en una amplia variedad de puestos y en varios tipos de organizaciones".³⁸ Dichas competencias son importantes, para que el gerente sea efectivo en las diferentes labores gerenciales y en la organización.

La evaluación de las competencias es trascendental en el desarrollo del proceso de gestión de personal, como es la selección y promoción interna.³⁶ Miller definió una pirámide, la cual se divide en cuatro niveles de evaluación, que son:³⁶

- Primer nivel: situado en el *sabe*; es decir, se evalúan los conocimientos del profesional, los cuales pueden medirse mediante exámenes tipo test y exámenes orales.³⁶
- Segundo nivel: se centra en el *sabe cómo*, es decir, aquí se integran y aplican los conocimientos, habilidades y actitudes de la función que desempeña.³⁶

- Tercer nivel: *muestra cómo*, el profesional se desenvuelve en situaciones parecidas a la realidad y tiene que ver con la actuación frente a maniqués (simulación robótica), actuación ante pacientes simulados (simulación escénica) y simulación virtual.³⁶
- Cuarto nivel: el profesional *hace*; es decir, muestra en una situación real las acciones que realiza. Representa la forma ideal de evaluar y acreditar las competencias del profesional. Los indicadores de la práctica real son el instrumento fundamental de medida en este nivel.³⁶

Figura 2. Pirámide de Miller



Por lo anterior, el Modelo de Miller establece que las competencias deben ser evaluadas en su entorno real, es decir en la práctica diaria del profesional.³⁶ Para efecto de esta investigación, se apoyó en el primer nivel de este modelo, en el que sólo se identificó el nivel de conocimiento en administración del personal directivo del hospital.

1.2 Marco empírico

Se realizó una búsqueda en revistas virtuales: Revista de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia; en la Biblioteca Virtual de Salud y en las bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Dando como resultado las siguientes investigaciones realizadas en Brasil, Colombia, México y Costa Rica, las cuales abordan características relacionadas con la presente investigación.

1.2.1 Conocimiento gerencial requerido para el enfermero en el Programa Salud de la Familia. Brasil, 2004

Vélez y colaboradores,³⁹ realizaron su investigación con el objetivo de identificar el conocimiento gerencial que requiere el enfermero para la asistencia de enfermería

en Unidades de Salud de la Familia en Brasil. El estudio fue descriptivo-exploratorio con abordaje cuantitativo, aplicaron un cuestionario semi-estructurado a 6 médicos, 13 auxiliares o técnicos en enfermería y 53 agentes comunitarios de salud. La muestra fue de tipo no probabilística y por conveniencia.

Los resultados obtenidos en la investigación fueron: la mayoría de los profesionales pertenecen al género femenino (72.60%), la edad oscila entre los 26 y 35 años (53.5%) y más del 50% posee un alto nivel de escolaridad. Con relación al conocimiento que debe tener el enfermero y los cuales fueron catalogados de "muy importante", se encuentran: conocimiento de políticas de salud, la misión y objetivos de la institución, planeación y administración de los servicios de la Unidad de Salud, así como el conocimiento y elaboración de los programas de salud, que comprende actividades administrativas y de gerencia necesarias para apoyar dichas acciones. Por lo que concluyeron que es importante el conocimiento que debe tener el enfermero con relación a la gerencia, ya que a partir de éste, se podrá interpretar y establecer nuevos lineamientos para la práctica.

1.2.2 Relación entre el nivel de desarrollo de las competencias en los gerentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y la calidad institucional, Antioquia. Colombia, 2005

Giraldo y colaboradores,⁴⁰ realizaron su investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de desarrollo de las competencias de los gerentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y la calidad de la institución que dirigen. El tipo de estudio fue descriptivo, la población objeto de estudio fueron 173 IPS^k que contaran con el servicio de hospitalización, ya que consideraron que este tipo de organizaciones requieren de conocimientos, habilidades y cualidades amplias por parte del gerente, dada su estructura administrativa y financiera. El tipo de muestreo fue probabilístico, estratificado por nivel de complejidad y con muestreo aleatorio simple en cada uno de los estratos. Utilizaron tres instrumentos de medición^l para evaluar el nivel de

^k De las 173 IPS: 122 corresponden al Nivel 1, 43 al Nivel 2 y 8 al Nivel 3.

^l Los instrumentos fueron tomados de la investigación "Análisis de las competencias en el ser, saber y hacer de los gerentes de las IPS de segundo nivel de atención en el departamento de Antioquia, 2003" y validados mediante una prueba piloto.

competencia en los gerentes y uno para evaluar la calidad institucional; así como pruebas psicométricas y lista de cotejo (chequeo).

Los niveles de desarrollo de la competencia fueron: experto (4.1 – 5.0), básico (3.1. – 4.0), novato (2.1. – 3.0) y no observado (0.0 – 2.0). Para la presentación de la información, utilizaron estadística descriptiva y para la asociación entre edad, sexo y experiencia en el cargo, estadística no paramétrica.

En los resultados encontraron que el 82.3% son hombres y 17.7% mujeres, considerándose poca participación de las mujeres en estos cargos. 72% son mayores de 40 años con experiencia de cinco años o menos (44%), 88.2% cuentan con estudios en áreas administrativas de la salud; con relación al nivel de competencias: 41% categoría novato, 38% básico, 13% no observado y 8% experto. De acuerdo al nivel de calidad de las IPS obtuvieron: 38.2% incipiente, 42.6% mediano y 19.1% bueno.

Giraldo y colaboradores evidenciaron una alta correlación entre las competencias, lo que indica que el nivel de desarrollo de una de ellas, repercute en el desempeño del gerente. También existe asociación entre el nivel de desarrollo de las competencias y algunas unidades funcionales, ya que si la unidad funcional contribuye al desarrollo institucional, entonces se precisa que el gerente es competente.

1.2.3 Desarrollo de un perfil gerencial para los directivos de hospitales de SESVER. México, 2006

Aguirre y colaboradores,⁴¹ realizaron su investigación de marzo a julio de 2006, con el objetivo de capacitar al personal directivo de hospitales de Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), para desarrollar habilidades técnicas y de interrelación humana. La metodología fue: búsqueda de información y perfil gerencial propuesto por algún autor y otro por la propia investigación, elaboración de un diagnóstico de las habilidades técnicas y de interrelación humana, con base en el diagnóstico realizado. Se aplicaron 16 cuestionarios con 48 ítems, los resultados obtenidos fueron: existe poca participación del género femenino en actividades directivas, ya que éste sólo representa 11.80% de los 16 directivos evaluados; el grupo de edad con mayor frecuencia es de 40 a 49 años, el cual representa 37.50%, lo que indicó una población con gran área de oportunidad de capacitación y con proyección de dirección a futuro; 68.80% de los directivos tienen una antigüedad de 1 a 4 años a cargo de la institución y es

en este tipo de personal donde hay mayor oportunidad para desarrollar el perfil gerencial. Más del 50% conoce y cuenta con los manuales de organización, funciones y de procedimientos. En conclusión, no encontraron un perfil gerencial para los directivos de hospitales en México, por lo que se diseñaron uno en su investigación, para que quedara como precedente. Además, recomiendan la capacitación continua de los gerentes ya que éstos son imprescindibles para el cambio en la organización.

1.2.4 Perfil de los administradores de hospitales públicos del Estado de Paraná. Brasil, 2007

Berger y colaboradores,⁴² realizaron una investigación transversal, para conocer el perfil de los administradores de los hospitales públicos, ya que esta información se encuentra relacionada directamente con la capacidad gerencial^m en el campo de la salud pública. Para evaluar el perfil, utilizaron como instrumento de recolección de datos un cuestionario semiestructurado, el cual fue probado y validado por medio de una prueba piloto.

El universo fue de 164 administradores, teniendo como muestra final 89. Dentro de los resultados encontrados fueron: edad promedio de 47 años, 92% son del sexo masculino; en cuanto al nivel de escolaridad, 23% tiene nivel medio completo, 66% superior completo y 11% posgrado, de acuerdo a este último dato, 46% son de profesión administrador; el ingreso promedio mensual oscila entre los 5 a 10 salarios mínimos y el 76.4% trabaja sobre una óptica de gerencia clásica, es decir, la centralización de poder y autonomía limitada.

Por lo tanto, concluyeron que existe una alta presencia de profesionales en la administración de los hospitales públicos, aunque existen ciertas incoherencias con relación a las actividades que realizan, ya que la mayoría trabaja sin participación conjunta con los profesionales de salud y los usuarios.

m Capacidad gerencial: radica en resolver los problemas, manifestar una comunicación proactiva con los equipos de trabajo; asumir las responsabilidades considerando la administración del tiempo de manera que se planifique con lealtad y compromiso productivo hacia la eficiencia y la eficacia de la organización, asumiendo características de autonomía controlada no impositiva.

1.2.5 Análisis de competencias gerenciales de directores de centros hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Costa Rica, 2007

Debido a que la auditoría interna de la CCSS solicitó un diagnóstico que permitiera determinar necesidades prioritarias de educación permanente de los directores de unidades hospitalarias, Mora³⁵ realizó una investigación de marzo a julio de 2007, para conocer las competencias que se requieren desarrollar para fortalecer la capacidad de gestión y dirección de los directores de hospitales; así como, la relación que existe entre la realidad cotidiana de la gestión y dirección de los directores de los hospitales y la necesidad de actualizar sus competencias gerenciales.

El tipo de estudio fue cualitativo etnometodológico, aplicando un análisis holístico, sistémico, amplio e integrado, para enriquecer la investigación en un entorno real. Se contó con la participación de los directores de las siete regiones del país (expertos en contenido e informantes clave) y 28 hospitales de la CCSS. Se aplicó la observación no participanteⁿ y la entrevista en profundidad^o, con la finalidad de comprender e interpretar el significado de los hechos.

Los resultados obtenidos fueron: de acuerdo al nivel de escolaridad;^p 2 (7%) tienen grado de licenciatura (derecho), 25 (89%) grado de maestría en las áreas de administración, economía y gerencia de servicios de salud; y 1 (4%) doctorado en gestión hospitalaria. Los problemas priorizados (considerados por parte de los directores), que impactan de manera negativa en su desempeño, proceso de gestión y dirección son: asignación insuficiente de recursos financieros para asumir las necesidades reales del hospital; débil sistema de mantenimiento de equipo hospitalario e infraestructura;

n Observación no participante: es aquella en la cual se recoge la información desde afuera, sin intervenir para nada en el grupo social, hecho o fenómeno investigado. Obviamente, La gran mayoría de las observaciones son no participantes.

o Es una técnica para obtener que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. La entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) del entrevistado frente o en colaboración con el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de representación casi teatral.

p Escolaridad: Es el grado o año escolar más alto aprobado por una persona en el sistema educativo del país, tales como: bachillerato, licenciatura, maestría y doctorado.

gestión administrativa y gerencial centralizada; débil sistema de información y comunicación; dotación de recursos humanos insuficientes; poco empoderamiento de gestión de los recursos humanos; jefaturas intermedias no formadas, ni capacitadas en gestión y gerencia; indefinición de perfiles; dificultad para actualizarse e investigar; y capacidad resolutoria para la atención del usuario disminuida.

Del análisis de las competencias gerenciales; Mora concluyó que se debe actualizar a los directores en el manejo de las políticas y normativas técnicas y legales para la administración de los recursos; procesos administrativos y financieros en el nivel de aplicación, investigación y evaluación; actualización en los cuadros de mando; uso racional de los recursos hospitalarios basados en una gestión financiera, en la cual se investigue y evalúe el uso de los recursos y la comunicación asertiva y proactiva.

1.2.6 Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. Colombia, 2008

Pacheco⁴³ realizó una investigación, teniendo como objetivo determinar el perfil gerencial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Nivel III de Barranquilla, ya que hace mención a "los académicos, gerentes y expertos de organismos internacionales reconocen que el sector salud ha carecido de recursos humanos con una formación gerencial (OPS, 1992)", por lo que el estudio fue de abordaje cualitativo, y por ello se utilizó una perspectiva fenomenológica y una investigación relativista de tipo etnográfico. La muestra fue un grupo de cuatro expertos en el área de gerencia en salud y en perfiles de competencia gerenciales de tres diferentes ciudades del país, a los que se les realizó entrevistas de profundidad, en la que se identificaron las variables de competencia para construir el perfil gerencial, con base en las metodologías Matriz de Impactos Cruzados Multiplicación Aplicada a una Clasificación (MICMAC) y el Método DELPHI. También realizó una revisión teórica de los siguientes temas: teorías administrativas en el contexto de perfiles gerenciales, competencias y perfil profesional.

Como resultado se obtuvo lo siguiente: Perfil gerencial del directivo de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del Nivel III de complejidad propuesta para Barranquilla con las siguientes competencias:

- Perseverancia: competencia del ser.
- Visión: competencia del ser.

- Integridad: competencia del ser.
- Servicio: competencia del ser.
- Reciedumbre: competencia del ser.
- Direccionamiento estratégico: competencia del conocer.
- Administración de empresas: competencia del conocer.
- Resolución de conflictos: competencia del conocer.
- Trabajo en equipo: competencia del hacer.
- Liderazgo para el cambio: competencia del hacer.

El perfil gerencial se validó con el Método DELPHI, por lo que la investigación hizo evidencia del consenso entre los expertos. Se obtuvo un promedio del 90% de consenso en las competencias de integralidad, direccionamiento estratégico, administración de empresas, resolución de conflictos y liderazgo para el cambio, las cuales representan el 60% del perfil gerencial; las competencias de visión, servicio, reciedumbre y trabajo en equipo obtuvieron un 53% de consenso. Las competencias que prevalecen en este perfil gerencial son las del ser con 5/10 (50%), las del conocer 3/10 (30%) y las del hacer 2/10 (20%).

Asimismo, el coeficiente de variación es congruente con los resultados obtenidos de la desviación estándar en las competencias de conocimientos (administración de empresas, direccionamiento estratégico y resolución de conflictos), las competencias del ser (perseverancia e integridad) y las competencias del hacer (liderazgo para el cambio) presentan 0% de dispersión, lo que se deduce como homogeneidad en la probabilidad de acierto de dichas competencias. En cambio, las competencias del ser (visión, el servicio y la reciedumbre), las competencias de hacer (trabajo en equipo) muestran un 66.7% de dispersión, por lo que se concluye que existe heterogeneidad en la probabilidad del acierto de esas competencias.

1.2.7 Evaluación de la gerencia enfocada en calidad en hospitales de SESVER. México, 2008

La investigación realizada por Cuauhtlé y colaboradores⁴⁴ en la que consideraron importante los procesos gerenciales para el mejoramiento de la calidad de los servicios hospitalarios, teniendo como objetivo la evaluación de la gerencia enfocada en calidad de seis hospitales de SESVER. El tipo de estudio fue observacional, transversal y evaluativo. El universo fueron 52 hospitales de los Servicios de Salud de Veracruz, tomando una muestra por conveniencia, considerando un total de seis hospitales. Utilizaron variables divididas en siete

dimensiones, 40 subdimensiones y 126 indicadores, con la finalidad de facilitar su exploración. Diseñaron nueve instrumentos y se efectuaron pruebas piloto de los mismos, una vez validado el instrumento, lo aplicaron a los seis hospitales seleccionados.

Cuauhtlé y colaboradores encontraron los siguientes resultados: gerencia enfocada a la calidad obtuvo un valor alcanzado de 143 (59.6%), personal médico y paramédico de 54 (75.0%), residuos hospitalarios 47 (65.3%), seguridad hospitalaria 118 (49.2%), lucha contra el tabaquismo 48 (66.7%), programa de mejora continua de calidad 75 (44.6%), proceso para la medición y obtención de indicadores de resultados 70 (72.9%), dando como resultado un valor alcanzado total (evaluación general) de 555 (57.8%).

Haciendo hincapié en la gerencia enfocada a la calidad, se tiene que en las subdimensiones de esta variable los valores alcanzados fueron: proceso que garantiza que se construya un plan estratégico 11 (75.0%), diseño organizacional de cada servicio o departamento 17 (70.8%), procedimientos diseñados para recolectar, analizar y utilizar la información administrativa para apoyar el plan estratégico del hospital 13 (54.2%), proceso para evaluar a la gerencia clínica con base en criterios de calidad y eficiencia 21 (87.5%), proceso para evaluar sistemáticamente la gerencia administrativa con base en criterios de calidad y eficiencia 11 (45.8%) e indicadores de desempeño para evaluar a la dirección o gerencia general 4 (16.7%).

Cuauhtlé y colaboradores concluyeron que debido a que la calificación obtenida en la evaluación general fue de 555 (57.8%), se hace evidente una falta de orientación hacia la calidad de la atención con enfoque al usuario. Las dimensiones con mayor puntuación fueron: personal médico y paramédico; y proceso para la medición y obtención de indicadores de resultados considerándose como principales fortalezas.

1.3 Marco contextual

El Hospital "Dr. Luis F. Nachón", es una institución de salud de segundo nivel de atención, el cual depende de los SESVER. Se encuentra ubicado en la calle Pedro Rendón No. 1 esquina Nicolás Bravo, en la colonia Centro, de la ciudad de Xalapa, Veracruz.⁴⁵

Figura 3. Hospital "Dr. Luis F. Nachón"



Fue creado en el año de 1820 como centro eclesiástico, el cual fungía como albergue y atendía a mujeres con enfermedades de transmisión sexual. Con la creación de las Leyes de Reforma (1858),⁴⁶ pasa a manos del gobierno, convirtiéndose en hospital público (1860).⁴⁵ En 1862 fue nombrado "Hospital Civil" y en 1956 cambia de nombre a Hospital "Dr. Luis F. Nachón", por indicación del Lic. Marco Antonio Muñoz, gobernador del Estado, en honor a un médico que fuera director del mismo.⁴⁵

En la primera mitad del siglo XX, como parte de la Dirección General de Asistencia Pública, era el principal hospital de referencia para la atención médica en el Estado, hasta la integración del Hospital General de Veracruz y la creación del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV) "Dr. Rafael Lucio".⁴⁵

A finales del siglo XX, pasa a formar parte de la Secretaría de Salud del Estado, ya que la Dirección General de Asistencia Pública se integra a la misma. En 1997, se crea un organismo descentralizado, que integra dicha Dirección y a los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, llamado Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), al cual se integra el hospital dependiendo de la Subdirección de Atención Médica, misma que se convierte en Dirección en el 2007.⁴⁵

En la actualidad, el hospital brinda atención de segundo nivel, ofreciendo veintiocho especialidades médicas. La población de responsabilidad específica es de 929,758 veracruzanos de una población potencial de 1,548,466 habitantes, ya que el hospital atiende a 49 municipios del centro del estado de Veracruz y, en menor número, pacientes del norte y sur, así como estados limítrofes en

forma esporádica; recibe población referida de dos Jurisdicciones Sanitarias. Atiende pacientes de estas zonas a través de la referencia de nueve hospitales de segundo nivel (Perote, Altotonga, Misantla, Martínez de la Torre, Coatepec, Naolinco Tlapacoyan, Huatusco y Teocelo) y 218 unidades de primer nivel (137 de SESVER y 81 de IMSS-Oportunidades).

1.3.1 Servicios que brinda el hospital

Los servicios que ofrece el hospital son:⁴⁵

- Consulta externa: preconsulta médica general; consulta de: especialidades y subespecialidades médicas, medicina preventiva, nutrición, odontología y psicología.
- Atención de urgencias: urgencias adultos (consulta y observación), urgencias pediátricas (consulta y observación), valoración obstétricas, cuarto de choque y UDATHOS (Unidades Docente Asistenciales de Hidratación Oral)
- Hospitalización: medicina interna, cirugía y traumatología; ginecología y obstetricia; y pediatría.
- Intervenciones quirúrgicas: generales, pediátricas, de subespecialidades, traumatología y ortopedia y, ginecología y obstetricia.
- Auxiliares de diagnóstico y tratamiento: anatomía patológica, medicina transfusional, hemodinamia, imagenología y laboratorio clínico.
- Otros servicios: clínica del asma, del adolescente, de embarazo de alto riesgo y de la mujer en climaterio y menopausia. Diálisis peritoneal ambulatoria, membranoterapia, unidad de quemados, terapia intensiva y cuidados neonatales.

Además, el hospital es centro estatal para la capacitación de personal de salud en los siguientes programas: estimulación temprana, manejo integral de la embarazada y del recién nacido; salud integral de la infancia, del adolescente, adulto y adulto mayor.

El Departamento de Enseñanza del hospital, se encarga de la formación de recursos humanos para la salud a nivel local, estatal y nacional; para siete especialidades: medicina familiar, medicina integrada; ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía y anestesiología. Así como, en los siguientes niveles:

- Campos clínicos: medicina, nutrición, psicología y enfermería.
- Internado de pregrado: medicina.

- Servicio social de las licenciaturas: enfermería, química, psicología, nutrición, trabajo social, técnico radiólogo, administración de empresas, contaduría pública y sistemas de información.
- Maestría: estudiantes de la Maestría en Salud Pública y Administración en Servicios de Salud.

1.3.2 Recursos humanos

El personal del hospital está conformado por un total de 1,053 trabajadores, entre los que se encuentran: médicos, personal de enfermería, paramédico y administrativo. En la Tabla 1, se muestra la distribución por tipo de personal.⁴⁷

Tabla 1. Distribución por tipo de personal. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2007

Tipo de personal	Total	
	No.	%
Médico	245	23
Enfermería	308	29
Paramédico	191	18
Administrativo	309	30
Total	1,053	100

Fuente: Riande G. Plática informativa sobre el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" y su certificación. Xalapa, Veracruz. 2008.

1.3.3 Productividad

En la Tabla 2, se muestra la productividad y el promedio por día, de diferentes servicios que ofrece el hospital, tales como: atención obstétrica y de urgencia calificada; consulta especializada y de medicina general; egresos hospitalarios, intervención quirúrgica y nacidos vivos.⁴⁶

Tabla 2. Productividad de diferentes servicios. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2007

Servicio	Productividad	Promedio por día
Atención obstétrica*	4,626	13
Atención de urgencia calificada	11,903	33
Consulta especializada	44,592	178
Consulta de medicina general	7,927	32
Egresos hospitalarios	10,825	30
Intervención quirúrgica**	8,547	23
Nacidos vivos***	4,098	11

* Incluye: partos (1,880), cesáreas (2,229) y abortos (517).

** Corresponde a 6 intervenciones quirúrgicas (IQx) por quirófano (4) por día.

*** Incluye: 3,832 de 37 SDG y más; y 266 de 36 SDG y menos.

Fuente: Riande G. Plática informativa sobre el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" y su certificación. Xalapa, Veracruz. 2008.

En la Tabla 3, se muestra la productividad de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del Hospital "Dr. Luis F. Nachón".⁴⁶

Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Total de estudios	Promedio por día	Personas	Promedio por día
Análisis clínicos	352,647	966	41,345	113
Anatomía patológica	14,153	56	13,786	55
Radiodiagnóstico	23,634	65	12,546	34
Toco cardiógrafo	4,109	11	4,109	11
Tomografía axial computada	1,490	4	1,142	3
Ultrasonido	5,113	14	4,307	12
Total	401,146	1,116	77,235	228

Fuente: Riande G. Plática informativa sobre el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" y su certificación. Xalapa, Veracruz. 2008.

En la Tabla 4, se muestran los resultados de los servicios producidos en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón", como son: defunciones en general, fetales, de recién nacidos y maternas; así como el promedio de estancia intrahospitalaria.⁴⁶

Tabla 4. Resultados de los servicios producidos. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009

Servicio producido	Total
Defunciones en general	137 (1 por cada 100 egresos)
Defunciones fetales	45 (1 por cada 100 nacidos vivos)
Defunciones de recién nacidos	20 (5 por cada 100 nacidos vivos)
Defunciones maternas	0 (dos años sin defunciones, 2006-2007)
Promedio de estancia intrahospitalaria	3 (con un rango de 1.81 (ginecología y obstetricia) a 8.98 (TyO))

Fuente: Riande G. Plática informativa sobre el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" y su certificación. Xalapa, Veracruz. 2008.

1.3.4 Desarrollo organizacional del Hospital "Dr. Luis F. Nachón"

En febrero de 2008, se decide iniciar un proceso para certificar el hospital ante el Consejo de Salubridad General (CSG) y se pone en marcha la implementación del Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, por lo que el Cuerpo de gobierno del hospital integra el Comité de Certificación y se crea la Coordinación de Desarrollo Hospitalario (CDH) quienes se encargan de elaborar los elementos que conforman la filosofía institucional, quedando como se presentan a continuación "ad integrum":⁴⁸

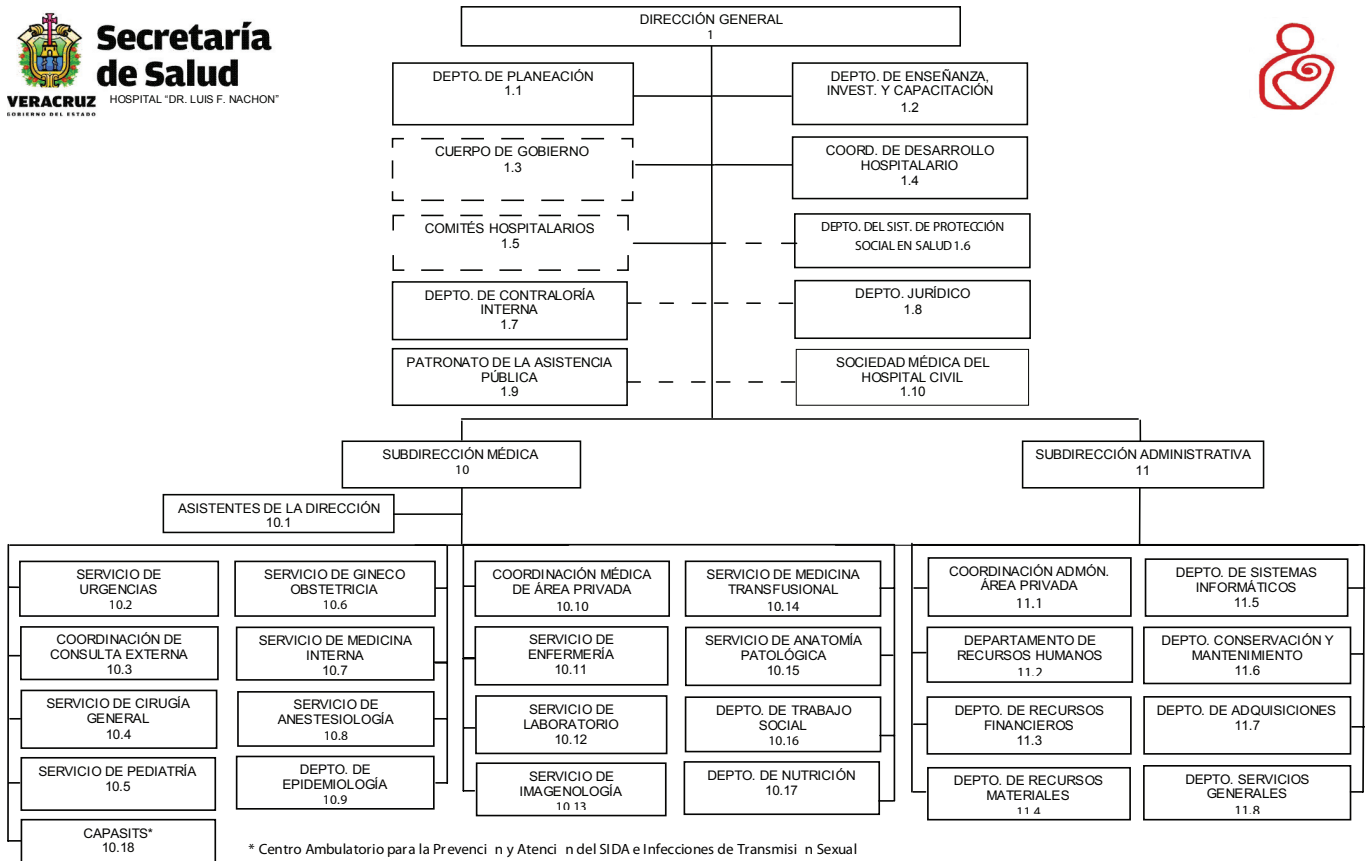
- Misión: somos un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiera y, en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos para la salud.
- Visión: ser un hospital de especialidades certificado, que proporcione seguridad a sus usuarios, con una cultura organizacional de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, reconocidos a nivel nacional, con sentido humano y ética, que brinde una atención médica de excelencia; a través de la generación y transmisión de conocimientos.
- Valores: actitud de servicio, alto sentido humano, compromiso social, comportamiento ético, excelencia, innovación continua, trabajo en equipo, lealtad y sentido de pertenencia.
- Objetivo general: como parte del Sistema Estatal de Salud, brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último.
- Objetivos específicos:
 - Cubrir al 100% los requisitos de Sistema Integral para la Calidad de los Servicios de Salud en la atención brindada a los usuarios.

- Inducir y sensibilizar al puesto al 100% del personal.
- Lograr el sentido de pertenencia del personal, mediante la motivación y el reconocimiento de logros que contribuyan al desarrollo del hospital.
- Ampliar o actualizar los conocimientos del personal y favorecer su desarrollo humano.
- Difundir y operar programas prioritarios de salud y académicos, dentro y fuera de la institución, como parte del Sistema Estatal de Salud.
- Participar en la formación de recursos humanos para la salud.
- Política de calidad: estamos comprometidos en implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos, para el cumplimiento de los objetivos en las áreas de asistencia, enseñanza e investigación, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes y familiares, lo que permite tener un Modelo de Gestión de Calidad que proyecte al hospital a un nivel de clase mundial. Para ello, la Dirección del hospital se compromete a:
 - Poner a disposición del Sistema de Gestión de Calidad los recursos necesarios para su cumplimiento.
 - Fomentar, en todos los trabajadores, la idea de que cada uno de ellos es responsable de dar calidad en su puesto de trabajo.
 - Que todo el personal conozca, cumpla y mantenga lo que establece el Sistema de Gestión de Calidad.
 - Establecer objetivos coherentes con esta política, por parte de las distintas jefaturas.
 - Tomar como referente el Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, centrado en el usuario y basado en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales.
- Políticas
 1. En el Hospital "Dr. Luis F. Nachón", los pacientes y sus familiares son lo más importante para todos los trabajadores.
 2. El hospital reconoce a su personal como el recurso más valioso de la organización, fomentando su desarrollo y crecimiento profesional, así como su satisfacción en el trabajo.
 3. Para los trabajadores es obligatorio llevar a cabo sus actividades aplicando el código de ética, garantizando el trato humano y profesional a cada paciente.
 4. En el hospital se participa activamente en la formación y desarrollo de los recursos humanos para la salud.
 5. En el hospital se apoya e impulsa la participación y el desarrollo de líneas de investigación clínica y sociomédica, para la generación del conocimiento.
 6. Se eficientiza el uso de los recursos humanos y materiales disponibles, manteniendo la calidad de atención al paciente.
 7. El personal de salud debe realizar todas sus actividades para resolver la problemática de los usuarios (pacientes y familiares) de manera efectiva y eficaz.
 8. Los trabajadores deben conocer, tener conciencia y cumplir: el reglamento, la filosofía institucional, los objetivos y las políticas del hospital y de SESVER.
 9. Los integrantes del cuerpo clínico del hospital deben contar con la certificación vigente (recertificación), por el consejo o colegio correspondiente.
 10. Sin excepción alguna, todos los trabajadores del hospital deben portar el gafete de identificación oficial y el uniforme de acuerdo al área.
 11. Se harán las gestiones necesarias para contar con el recurso humano calificado y el equipamiento tecnológico de punta.
 12. Consolidarnos como hospital de referencia local y regional del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo a resolver la problemática de salud de la población.
 13. El hospital mantendrá y desarrollará su capacidad resolutoria en áreas con experiencias exitosas, tales como:
 - Patologías cardiovasculares.
 - Tratamiento ambulatorio de insuficiencia renal crónica.
 - Detección y manejo del embarazo de alto riesgo.
 - Tratamiento y control de enfermedades crónico-degenerativas.
 - Manejo integral del recién nacido hasta su adolescencia.
 - Auxiliares de diagnóstico y tratamiento como son: laboratorio, anatomía patológica y medicina transfusional.
 14. Mantener y establecer alianzas y convenios necesarios, gestionando la utilización de los rendimientos del área privada para coadyuvar a lograr la suficiencia económica, manteniendo la uniformidad en la calidad de la atención.
 15. El hospital atiende con calidad a toda la población que demanda servicio, con énfasis en la de menor recurso económico.

- Organigrama del hospital: En fechas recientes, el organigrama del hospital fue rediseñado por las áreas de planeación, desarrollo hospitalario y la dirección del hospital, éste se encuentra organizado por 39 áreas básicas. La dirección tiene 10 órganos de staff, en 5 de ellos no tiene autoridad jerárquica, pero sí una relación de colaboración. En los otros 5 tiene autoridad jerárquica, 3 son órganos reales y 2 virtuales, estos últimos se integran a través de convocatorias, por los jefes de departamento.

Existen dos subdirecciones, una médica y una administrativa, ambas coordinan el trabajo operativo. La subdirección médica se encarga del trabajo sustantivo de la misión del hospital y cuenta con un área de staff y 17 áreas operativas; la subdirección administrativa tiene a su cargo 7 departamentos y una coordinación.

Figura 4. Organigrama del Hospital "Dr. Luis F. Nachón"



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A lo largo del tiempo, las instituciones públicas de salud se habían mantenido al margen de los instrumentos y técnicas administrativas, las cuales han tenido gran éxito en otras organizaciones. En la mayoría de los casos, se debe a la estructura burocrática y centralizada, la cual ha obstaculizado la implementación de estrategias para el máximo rendimiento de los recursos.

La complejidad del manejo administrativo en el hospital público, implica que el personal directivo debe poseer un conocimiento que le permita planear, organizar, integrar, dirigir y controlar los diversos recursos públicos que confluyen en un hospital y dar respuesta a las necesidades de la población. Por lo que es necesario que conozcan las cinco funciones básicas de la administración, para el adecuado manejo de los recursos materiales, financieros y humanos, las normas, el sistema de información; así como la delegación de autoridad y responsabilidades en el personal.

2.1 Justificación

La Administración se aplica en todos los niveles jerárquicos de una organización, así como en todas las organizaciones públicas o privadas, de producción de bienes o servicios. Tal es el caso de un hospital público; en donde se llevan a cabo las cinco etapas del proceso administrativo: planeación, organización, integración, dirección y control. Por lo tanto, es importante que las personas encargadas de guiar y dirigir la organización se encuentren capacitadas en administración para desempeñar las funciones de su cargo, así como utilizar los recursos de manera eficaz y eficiente para mejorar las condiciones de salud de la población.

Actualmente, el Sector Salud en Las Américas ha realizado cambios de estructura, organización y prestación de servicios de atención médica a los usuarios de los Sistemas de Salud. Siendo de vital importancia definir las Funciones Esenciales en Salud Pública, de las cuales la No. 8 está enfocada al desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

El problema principal de calidad del Sistema Nacional de Salud Mexicano, es la heterogeneidad de los principales prestadores de servicios; esto se debe, tanto a las diferentes formaciones académicas como las funciones que realizan dentro del sistema.

En el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, se consideró a la capacitación gerencial, como instrumento indispensable para lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos, brindando servicios de calidad. También se hizo hincapié en que los gerentes, deben tener el conocimiento en administración, con el fin de lograr los objetivos institucionales.

Por la importancia que esto tiene, en el año 2002, el ISSSTE impartió el Diplomado de Administración Pública para capacitar al personal directivo, ya que éste es parte esencial de la organización y requiere de una constante evolución y participación para lograr los objetivos y las metas.

En el 2006, el IMSS comprobó que, mediante la capacitación y el desarrollo gerencial de los directivos de nivel alto y medio; la institución se ha visto beneficiada, ya que el servicio que se brinda es de mayor calidad.

Ahora bien, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 considera importante la certificación de los recursos humanos, así como la certificación y acreditación de las unidades de salud. Por lo que ha considerado, en su línea de acción 9.5, el desarrollo de competencias gerenciales en el personal directivo para fortalecer la toma de decisiones de salud.

En el marco empírico se muestran estudios que hacen énfasis en la importancia de contar con un perfil gerencial para el personal directivo. Sin embargo, no se muestra un diagnóstico como tal que identifique el nivel de conocimiento en administración del personal directivo.

Vélez y colaboradores destacan la importancia del conocimiento gerencial en el enfermero en los siguientes temas: misión y objetivos de la institución; planeación y administración de los servicios de la unidad, programación (actividades administrativas y de gerencia), ya que con ello se podrá interpretar y establecer nuevos lineamientos para la práctica.

Giraldo y colaboradores muestran la importancia de que el gerente debe ser competente y contar con los conocimientos y habilidades para administrar una institución, ya que de éste depende el éxito o fracaso de la misma.

Aguirre y colaboradores no encontraron un perfil gerencial para los directivos de hospitales en México, por lo que diseñaron uno, para que quedara como

precedente y recomendaron la capacitación continua de los gerentes, ya que éstos son imprescindibles para el cambio en la organización.

Berger y colaboradores destacaron en su investigación la importancia de que los administradores cuenten con el perfil administrativo y la participación conjunta de los profesionales de salud y los usuarios.

En su investigación, Mora enfatiza la importancia de la capacitación en el gerente en el manejo de políticas, procesos administrativos y financieros, uso de los recursos hospitalarios y la comunicación asertiva y proactiva.

Pacheco desarrolló un perfil gerencial para el directivo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Nivel III con las siguientes competencias: perseverancia, visión, integridad, servicio, direccionamiento, administración de empresas, resolución de conflictos, trabajo en equipo y liderazgo para el cambio.

Por lo anterior, es importante mencionar que los conocimientos de administración son necesarios para el desarrollo gerencial, lo cual es un factor determinante con el que deben contar los gerentes; es decir, deben tener dichos conocimientos con la finalidad de mejorar su desempeño y el de la organización, lo que lleva a que aumenten el nivel de su talento gerencial.

El Hospital "Dr. Luis F. Nachón" cuenta con 56 gerentes que forman el personal directivo, siendo los encargados de planear, organizar, integrar, dirigir y controlar a los 1,053 trabajadores que conforman la plantilla del hospital; su actuación gerencial se ve reflejada en la prestación de los diferentes servicios que se otorgan a la población de responsabilidad, la cual es de 929,758 veracruzanos.

Por la población de responsabilidad, el número de unidades de primero y segundo nivel que refieren pacientes al hospital y los diferentes servicios de salud que se ofrecen en los diferentes turnos, las 24 horas del día, los 365 días del año y con altos volúmenes de producción; es trascendente el quehacer del hospital y por ende, el de sus gerentes como parte fundamental para el funcionamiento del Sistema Estatal de Salud.

Ahora bien, para que el hospital funcione con calidad, es importante el conocimiento en administración de su personal directivo, por lo que en esta investigación se identificó el nivel de conocimiento en dicha área.

Además, el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" se encuentra inmerso en un proceso de desarrollo hospitalario u organizacional, a través de la implantación del Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, por lo que uno de los requisitos necesarios para avanzar con éxito, es contar con personal directivo que tenga conocimientos en administración, lo cual da sustento teórico a sus actividades gerenciales, colaborando así con la consecución de los objetivos de la organización. En este hospital, no se ha realizado algún estudio que identifique el nivel de conocimiento en administración del personal directivo.

Es importante mencionar el desarrollo del personal directivo en la toma de decisiones, ya que es el responsable de las labores y la distribución de las mismas al personal operativo. Así como la de repartir los casos clínicos y las intervenciones quirúrgicas, con la finalidad de dar trabajo intensivo a sus subordinados.⁴⁹ En ese mismo sentido, el personal directivo debe ser capaz de realizar las cinco funciones básicas de la administración: planear, organizar, integrar, dirigir y controlar, sin importar el nivel gerencial dentro de la organización.

De ahí, la importancia de que se cuente con el personal directivo calificado para que puedan hacer uso de manera eficaz y eficiente de los recursos con los que cuenta, así como lograr los objetivos planteados.

Al realizar esta investigación, se obtuvo un diagnóstico del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del hospital, ya que es importante que éste se encuentre capacitado en esta área de conocimiento debido a las funciones que desempeñan. La finalidad de esta investigación, radicó en que una vez identificados los niveles de conocimiento (excelente, muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo, al azar y erróneo) se realizaron las recomendaciones, en función de los resultados obtenidos.

A su vez, se correlacionó el nivel de conocimiento en administración con las variables sociodemográficas del personal directivo. Los beneficiados de la presente investigación son: el personal directivo, operativo y la población usuaria de los servicios.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento en administración (conceptos generales de administración, planeación, organización, integración, dirección y control del proceso

administrativo) del personal directivo del Hospital “Dr. Luis F. Nachón” y la relación que tienen con sus variables sociodemográficas, en los meses abril - junio 2009?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar el nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital “Dr. Luis F. Nachón” y la relación que tienen con sus variables sociodemográficas, en los meses abril – junio 2009.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar al personal directivo del hospital en relación a sus variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, capacitación en administración, unidad administrativa, tipo de personal, nivel gerencial, tipo de contratación y antigüedad en su profesión, institución, hospital y en el cargo directivo actual.
- Identificar el nivel de conocimiento en conceptos generales de administración del personal directivo del hospital.
- Identificar el nivel de conocimiento en las etapas del proceso administrativo: planeación, organización, integración, dirección y control del personal directivo del hospital.
- Describir la relación que existe entre las variables sociodemográficas y el conocimiento en administración del personal directivo del hospital.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma de la investigación

En el área de ciencias de la salud, los abordajes metodológicos que más se utilizan son los paradigmas positivista y naturalista, éstos consisten en:

- Positivista: “se pueden conseguir explicaciones objetivas del mundo, la realidad es algo exterior, ajeno, objetivo, puede y debe ser estudiada y por tanto conocida”.⁵⁰
- Naturalista, constructivista o fenomenológico: “opuesto al positivismo, refleja el pensamiento que pone de relieve la necesidad de romper viejas ideas y estructuras mentales”.

La presente investigación se encuentra ubicada en el paradigma positivista, ya que la metodología del mismo es mediante procesos deductivos, un diseño fijo y la información es medida y procesada mediante un análisis estadístico, además el investigador no influye en los resultados.. Además, sólo se busca identificar el nivel de conocimiento en administración del personal directivo del hospital.

4.2 Tipo de estudio

Existen diferentes autores que clasifican a los tipos de estudios de acuerdo al análisis y alcance de los objetivos, tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, período y secuencia del estudio, comparación de poblaciones y la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.⁵¹

La clasificación del tipo de estudio, en la presente investigación, está basada de acuerdo a los criterios de Hernández-Ávila y colaboradores:⁵²

- Observacional: por el tipo de intervención, ya que sólo se hará una descripción del objeto de estudio y no se manipularán las variables.
- Descriptivo: por el análisis y alcance de sus resultados; ya que sólo se pretende identificar el nivel de conocimiento en administración y la relación con las variables sociodemográficas del personal directivo.
- Transversal: por el período del estudio, realizando sólo un corte en el tiempo, es decir, sólo se hará una medición.

4.3 Universo de estudio

El universo de estudio de la investigación está conformado por 56 gerentes quienes integran el denominado personal directivo del hospital.

A continuación se muestran las características de dicho universo:

- Unidad de análisis: personal directivo del hospital.
- Unidad de estudio: personal directivo con dependencia jerárquica de la dirección.
- Universo temporal: abril-junio de 2009.
- Universo geográfico y conceptual: 56 gerentes
- Muestra: no aplica, ya que por el tamaño del universo se realizó un censo a los 56 gerentes.

Criterios de inclusión:

- Personal directivo que se encuentre laborando y que acepte participar en el estudio.
- Personal directivo que sea el titular del área y no el encargado de la misma.

Criterios de exclusión:

- Personal operativo.
- Personal que haya participado en la planeación de la presente investigación.

Criterios de eliminación:

- No existen criterios de eliminación, ya que debido al tamaño del universo, se tiene autorizada la participación de todo el personal directivo para poder identificar su nivel de conocimiento en administración.

4.4 Definiciones operacionales

A continuación, se desarrollan las variables y sus dimensiones con sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales, mismas que son objeto de estudio:

1. Variables sociodemográficas:

- Edad: en grupos de 10 años.
- Sexo: mujer y hombre.
- Estado civil: soltero (a), casado (a), divorciado (a), unión libre y viudo (a).
- Nivel de escolaridad: nivel técnico, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado u otro.
- Capacitación en administración: cursos, talleres, seminarios y/o diplomados relacionados con la administración.
- Unidad administrativa: a la que pertenece el personal directivo de acuerdo a su nivel jerárquico: Subdirección, Coordinación, Departamento o Servicio.
- Tipo de personal: médico, de enfermería, paramédico y administrativo.
- Niveles gerenciales: alto, medio y operativo.
- Tipo de contratación: confianza, base federal o estatal, homologado, contrato, suplente y otro.
- Antigüedad: tiempo de ejercer su profesión, pertenecer a la institución (Secretaría de Salud o Dirección General de Asistencia Pública), al hospital y ocupar el cargo directivo.

2. Variables para identificar el nivel de conocimiento en administración:

- Conceptos generales de administración: concepto de administración y proceso administrativo, fases y etapas del proceso administrativo y principios generales de la administración.
- Planeación del proceso administrativo: concepto de planeación, principios de la etapa de planeación, análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), misión, visión, valores, objetivos, estrategias, políticas, programa y presupuesto.
- Organización del proceso administrativo: concepto de organización, principios de la etapa de organización, división del trabajo, jerarquización, departamentalización, canales de comunicación formal, manuales administrativos, organigrama y Desarrollo Organizacional (DO).
- Integración del proceso administrativo: concepto de integración, principios de la etapa de integración, ciclos del proceso de integración: presupuestal, del trabajador y de suministros.
- Dirección del proceso administrativo: concepto de dirección, principios de la etapa de dirección, autoridad, delegación de autoridad, liderazgo (autoritario, democrático y liberal), motivación, supervisión, comunicación, coordinación, trabajo en equipo, conflicto y manejo de conflicto.
- Control del proceso administrativo: concepto de control, principios de la etapa de control, determinación de normas, medición del desempeño, evaluación (inicial, de proceso y de resultado) y acciones correctivas.

Tabla 5. Variables sociodemográficas del personal directivo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Edad ⁵³	Es el espacio de tiempo transcurrido entre el día, mes y año del nacimiento y el día, mes y año en que se registra el hecho vital.*	Años cumplidos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Distribución porcentual del personal directivo por rangos de edad.
Sexo ⁵³	Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres.*	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. Sexo del sujeto estudiado: 1 = Mujer, 2 = Hombre	Distribución porcentual del personal directivo por sexo.
Estado civil ⁵³	Refiere la situación de cada individuo de 12 años y más edad, en relación con las leyes y costumbres del país sobre el matrimonio.*	Significa el estado de ser una persona casada, soltera, divorciada, separada o viuda y las condiciones comúnmente asociadas con tales condiciones, incluyendo el embarazo o la condición de ser padre/madre. Situación civil del sujeto estudiado: 1 = Soltero (a), 2 = Casado (a), 3 = Divorciado (a), 4 = Unión libre y 5 = Viudo (a)	Distribución porcentual del personal directivo por estado civil.
Nivel de escolaridad ⁵³	Es el grado o año escolar más alto aprobado por una persona en el Sistema Educativo Nacional.*	Nivel escolar del sujeto estudiado dentro del Sistema Educativo Nacional, considerando el nivel medio-superior y superior: 1 = Nivel técnico1,*; 2 = Licenciatura2*, 3 = Especialidad*, 4 = Maestría*, 5 = Doctorado*, 6 = Otro*. Divididos en áreas: médica, de enfermería, paramédica y administrativa.	Distribución porcentual del personal directivo por nivel de escolaridad.
Capacitación en administración ⁵⁴	Consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa u organización y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes de una persona.**	Entrevistados que refieren haber tomado CURSOS ³ , talleres ⁴ , seminarios ⁵ y diplomados en administración.	Distribución porcentual del personal directivo por cursos, diplomados u otro evento académico relacionado con administración.
Unidad administrativa	Es la disposición de las áreas en el organigrama de acuerdo a los niveles jerárquicos de una organización.***	Es el área al que pertenecen de acuerdo a su nivel jerárquico: Subdirección, Coordinación, Departamento o Servicio.	Distribución porcentual del personal directivo por unidad administrativa a la que pertenece.
Tipo de personal ⁵⁵	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña habitualmente una persona en su trabajo, empleo u oficio.****	Son actividades o tareas que realiza cada individuo dentro de una organización. Se divide en personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo.	Distribución porcentual del personal directivo por tipo de personal.
Nivel gerencial	Las actividades están relacionadas con otras personas y de las cuales dependen que éstas se lleven a cabo.**	Existen tres niveles gerenciales, los cuales son: nivel alto, medio y operativo.	Distribución porcentual del personal directivo por nivel gerencial al que pertenece.
Tipo de contratación	Pacto o convenio que se realiza, por escrito, entre el trabajador y la unidad económica para la que trabaja, en el cual se establecen los derechos y obligaciones que rigen su relación laboral.***	Es el documento en el que se establecen los derechos y obligaciones entre el trabajador y la organización. Se dividen en: confianza, base federal o estatal, homologado, contrato, suplente y otro (especifique).	Distribución porcentual del personal directivo por tipo de contratación.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicador
Antigüedad	Tiempo transcurrido en el desempeño de funciones de cualquier tipo, en cualquier organización, grande, pequeña o unipersonal. Puede ser realizando tareas calificadas o no, en horario de jornada reducida o tiempo completo*	Tiempo de ejercer su profesión.	Años de desempeñar su profesión.	Distribución porcentual del personal directivo por tiempo de ejercer su profesión.
		Tiempo de pertenecer a la institución (Secretaría de Salud o Dirección General de Asistencia Pública).	Años de pertenecer a la institución (Secretaría de Salud o Dirección General de Asistencia Pública).	Distribución porcentual del personal directivo por tiempo de pertenecer a la institución.
		Tiempo de pertenecer al hospital.	Años de trabajar en el hospital.	Distribución porcentual del personal directivo por tiempo de pertenecer al hospital.
		Tiempo de ocupar el cargo directivo actual.	Años de ocupar el cargo directivo actual.	Distribución porcentual del personal directivo por tiempo de ocupar el cargo directivo actual.

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008. * Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Glosario [Internet]. México:

* Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [Citado 2009 feb 13]. Disponible desde: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen/default.aspx?t=rcnat&s=est&c=12240>

** Siliceo A. Capacitación y desarrollo de personal [Internet]. [Citado 2009 feb 13]. P. 248. Disponibles desde: <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CJhlsrSulMUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Capacitaci%C3%B3n&ots=IPhZbK8F8W&sig=PYwpsuTYSGfoz8WA58Y86qWtZk>

*** Franklin E. Organización de empresas. Análisis, diseño y estructura. 1ª ed. México: Mc Graw-Hill; 1998. P.341

**** Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Glosario [Internet]. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. [Citado 2009 mar 06]. Disponible desde: http://www.empleo.gob.mx/wb/BANEM/BANE_glosario

Tabla 6. Variable conceptos generales de administración

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Concepto de administración	La actividad por la cual se obtienen determinados resultados a través del esfuerzo y la cooperación de otros.*	Es la ejecución del esfuerzo y cooperación de todos para lograr un resultado.	Distribución porcentual de la pregunta 13 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Proceso administrativo	Conjunto de fases y etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral.*	Es una serie de acciones por medio de las cuales se lleva a cabo la administración.	Distribución porcentual de la pregunta 52 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Fases del proceso administrativo	Consiste en dos fases: mecánica que es la parte teórica de la administración en la que se establece lo que debe hacerse y la dinámica se refiere a cómo manejar el organismo social.*	Son dos momentos establecidos, uno es de conocimiento y el otro de ejecución.	Distribución porcentual de la pregunta 34 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Etapas del proceso administrativo	Cinco son las etapas que forman el proceso administrativo: planeación, organización, integración, dirección y control.**, ***	Son las acciones de planear, organizar, integrar, dirigir y controlar en la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 12 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Principios generales de la administración	Son verdades fundamentales de aplicación general que sirven como guías de conducta a observarse en la acción administrativa.* Los catorce principios son: división del trabajo, autoridad y responsabilidad, disciplina, unidad de mando, unidad de dirección, subordinación de interés individual al general, remuneración, centralización, jerarquía, orden, equidad, estabilidad en la tenencia de cargo o puesto, iniciativa y espíritu de grupo.*, **	Son las líneas a seguir para llevar a cabo el proceso administrativo.	Distribución porcentual de la pregunta 19 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
---	--	---	---

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.

* Munch L, García J. *Fundamentos de Administración*. 5ª ed. México: Trillas; 2006. P. 240

** O. da Silva, R. *Teorías de administración [Internet]*. México: International Thomson Editores; 2002 [Citado 2009 ene 25]. P. 523. Disponible desde: <http://books.google.com.mx/books?id=tPH5caAXYgcC&pg=PT35&dq=Administraci%C3%B3n+de+gerencia&hl=es#PPT23,M1>

*** Hernández y Rodríguez S. *Introducción a la Administración. Un enfoque teórico práctico*. 1ª ed. México: Mc Graw Hill; 1998. P. 418

Tabla 7. Variable planeación del proceso administrativo

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Concepto de planeación	Se determinan los objetivos, las metas y las políticas, se diseñan las estrategias, se elabora el presupuesto y los procedimientos a seguir.*	Es la primera etapa del proceso administrativo y en la que se determinan los lineamientos a seguir.	Distribución porcentual de la pregunta 6 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Principios de la etapa de planeación	Cinco son los principios que proporcionan la pauta para establecer una planeación racional, se encuentran íntimamente relacionados y son: factibilidad, objetivos y cuantificación, flexibilidad, unidad y cambio de estrategias.**	Son las líneas a seguir para llevar a cabo la etapa de planeación.	Distribución porcentual de la pregunta 10 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)	Herramienta analítica apropiada para trabajar, con información limitada sobre la organización o institución, en las etapas de diagnóstico o análisis situacional con miras a la planeación integral.***	Es una técnica para analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 46 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Misión	Propósito o razón fundamental de la existencia de una organización.****	Es una idea general de lo que realiza la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 23 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Visión	Es aquella idea o conjunto de ideas que se tienen respecto de la organización a futuro.****	Es la proyección a futuro de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 42 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Valores	Son el conjunto de principios, creencias, reglas que regulan la gestión de la organización. Constituyen la filosofía institucional y el soporte de la cultura organizacional. El objetivo básico de la definición de valores corporativos es el de tener un marco de referencia que inspire y regule la vida de la organización.*****	Son los principios que reglamentan la cultura organizacional.	Distribución porcentual de la pregunta 57 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Objetivos	Los objetivos son fines por alcanzar, establecidos cuantitativamente y determinados para realizarse transcurrido un tiempo específico. A su vez deben ser perfectamente conocidos y entendidos por todos los miembros de la organización. Deben ser estables; los cambios continuos en los objetivos originan conflictos y confusiones. Representan los resultados que la empresa espera obtener.**	Son los resultados que se deben obtener para cumplir con la misión de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 45 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Estrategias	Son cursos de acción general o alternativas, que muestran la dirección y el empleo general de los recursos y esfuerzos, para lograr los objetivos en condiciones ventajosas. Además, es un área clave para alcanzar los resultados, es decir, una actividad básica dentro de la empresa que está relacionada con el desarrollo total de la misma.**	Son las acciones que se deben realizar para lograr los objetivos.	Distribución porcentual de la pregunta 41 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Políticas	Son guías para orientar la acción; son criterios y lineamientos generales que hay que observar en la toma de decisiones, acerca de problemas que se repiten una y otra vez en una organización.**	Son las líneas de acción a seguir en la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 32 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Programa	Establece la secuencia de actividades específicas que habrán de realizarse para alcanzar los objetivos, así como el tiempo y los eventos específicos involucrados.*****	Es el documento donde se especifican las actividades que se van a realizar durante un período de tiempo determinado.	Distribución porcentual de la pregunta 36 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Presupuesto	Presentación cuantitativa formal de los recursos asignados para programas o proyectos dentro de plazos de tiempo específicos.**	Es el documento donde se anotan los recursos económicos que se necesitan para el desarrollo de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 47 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.2008.

* Barquín M. Dirección de hospitales. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 202. P. 415

** Munch L, García J. Fundamentos de Administración. 5ª ed. México: Trillas; 2006. P. 240

*** Díaz L. Análisis y planeamiento con aplicaciones a la organización [Internet]. [Citado 2009 feb 28]. P. 239. Disponible desde: <http://books.google.com.mx/books?id=6p0R6MOBQc4C&pg=PA105&dq=diagn%C3%B3stico+FODA#PPA106,M1>

**** Hernández S. Introducción a la administración. 1ª ed. México: Mc Graw Hill; 1998. P. 418

***** Pimentel L. Planificación estratégica. Introducción al concepto de planificación estratégica. Asociación Venezolana de Químicos y Técnicos Textiles [Internet]. [Citado 2009 mar 05]. Disponible desde: <http://www.avqtt.org/Articulos/planificacion.pdf>

***** Stoner J, Freeman E, Córdova A, Mascaró P, Sánchez H. Administración [Internet]. México: Pearson Educación; [Citado 2009 ene 26]. Disponible desde: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=g_nweMjueSkC&oi=fnd&pg=PR20&dq=Administraci%C3%B3n+gerencial&ots=l-OjxTK7GA&sig=XpUYDW1XrGvhd9VMnurnsgebCqY#PPP1,M1

Tabla 8. Variable organización del proceso administrativo

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Concepto de organización	Se estructuran las relaciones que deben existir entre funciones, niveles y actividades, distribuyendo la autoridad y la responsabilidad. Se establecen adecuados canales de comunicación con el fin de facilitar el logro de los objetivos.*	En esta etapa se elabora el organigrama, se definen las funciones, niveles y actividades que le corresponden a cada persona dentro de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 54 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Principios de la etapa de organización	Nueve son los principios que proporcionan la pauta para establecer una organización racional, se encuentran íntimamente relacionados y son: del objetivo, especialización, jerarquía, paridad de autoridad y responsabilidad, unidad de mando, difusión, amplitud o tramo de control, de la coordinación y continuidad.**	Son las líneas a seguir para llevar a cabo la etapa de organización.	Distribución porcentual de la pregunta 7 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
División del trabajo	Dividir una tarea compleja en sus componentes, de tal manera que las personas son responsables de una serie limitada de actividades, en lugar de la tarea entera. En ocasiones llamado división de labores.***	Es la división de las tareas o actividades que realiza el personal de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 16 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Jerarquización	Se refiere a la disposición de funciones por orden de rango, grado o importancia.**	Es la división de las funciones de acuerdo al rango, grado o importancia.	Distribución porcentual de la pregunta 27 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Departamentación	Agrupar en departamentos aquellas actividades laborales que se parecen y se relacionan de manera lógica.***	Es la agrupación de las actividades en departamentos.	Distribución porcentual de la pregunta 8 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Canales de comunicación formal	Es el medio de comunicación respaldado por los gerentes. Entre ellos se encuentran los boletines, memorándums y las juntas de personal.***	Son las líneas por las que se comunica todo el personal de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 26 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Manuales administrativos	Son documentos detallados, que contienen en forma ordenada y sistemática, información acerca de la organización de la empresa y pueden ser de: políticas, departamentales, bienvenida, organización, procedimientos, técnicas y descripción de puestos.**	Son los documentos en los que se encuentra la información acerca de los procesos, procedimientos, políticas o funciones de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 43 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Organigrama	Diagrama de la estructura de la organización, que muestra los departamentos o puestos, su nivel jerárquico y relaciones.***	Es la representación gráfica que muestra los departamentos o puestos dependientes del nivel jerárquico y las relaciones entre ellos.	Distribución porcentual de la pregunta 53 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Desarrollo Organizacional	Es una respuesta al cambio, una estrategia educacional con la finalidad de cambiar creencias, actitudes, valores y estructuras de las organizaciones de modo que estas puedan adaptarse mejor a nuevas tecnologías, a nuevos desafíos y al aturdidor ritmo del cambio.**	Es una estrategia de cambio de acuerdo a las creencias, actitudes, valores y estructura de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 29 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.

* Barquín M. Dirección de hospitales. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 202. P. 415

** Munch L, García J. Fundamentos de administración. 5ª ed. México: Trillas; 2006. P. 240

*** Stoner J, Freeman E, Córdova A, Mascaró P, Sánchez H. Administración [Internet]. México: Pearson Educación; [Citado 2009 ene 26]. Disponible desde: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=g_nweMjueSkC&oi=fnd&pg=PR20&dq=Administraci%C3%B3n+gerencial&ots=I-OjxTK7GA&sig=XpUYDW1XrGVhd9VMnumsgcbCqY#PPP1,M1

Tabla 9. Variable integración del proceso administrativo

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Concepto de integración	Es la encargada de dotar de recursos humanos, materiales y financieros a la estructura (organización) para que funcione de acuerdo a lo planeado y permita la consecución de los objetivos.*	Se proporcionan los recursos humanos, materiales y financieros a la organización para su funcionamiento.	Distribución porcentual de la pregunta 3 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Principios de la etapa de integración	Siete son los principios que proporcionan la pauta para establecer una integración, se encuentran íntimamente relacionados y son: cobertura, calidad, idoneidad de la compra, fidelidad técnico-administrativa, racionalidad programática, oportunidad y previsión.*	Son las líneas a seguir para llevar a cabo la etapa de integración.	Distribución porcentual de la pregunta 5 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Ciclos del proceso de integración	Tres son los ciclos que forman el proceso de integración: ciclo presupuestal, ciclo del trabajador y ciclo de suministros.*	Son los ciclos que integran el proceso de integración.	Distribución porcentual de la pregunta 17 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Ciclo presupuestal	En este ciclo se elabora el programa, los costos, los recursos materiales y el mantenimiento, así como su aprobación.*	Es el proceso donde se realiza el programa que incluye los costos, recursos materiales y el mantenimiento de una organización.	Distribución porcentual de las preguntas 37 y 39 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Ciclo del trabajador	Está conformado por las etapas de reclutamiento (fuentes y medios), selección (entrevista y exámenes), introducción (general y específica: departamento y puesto), desarrollo (capacitación, adiestramiento, entrenamiento, transferencia, promociones y estabilización: comisiones) y retiro (muerte, jubilación-pensión, renuncia y despido).*	Es el proceso mediante el cual se recluta, selecciona, adiestra, introduce, desarrolla y retira el personal de una organización.	Distribución porcentual de las preguntas 4 y 48 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Ciclo de suministros	Se adquieren, controlan, distribuyen o almacenan los recursos materiales con los que se cuenta.* Este ciclo está conformado por cuatro etapas o momentos que son: Adquisición de suministros: en ésta, se incluye el cuadro básico, selección de proveedores, compras y compras de urgencia. Control de suministros: está formado por almacenamiento, registro e inventarios. Distribución de suministros: se maneja el calendario de pedidos y surtido. Almacenamiento: también llamado stock; está formado por stock de mínimos y máximos.	Es el proceso donde se controlan, distribuyen o almacenan los recursos materiales con los que se cuenta.	Distribución porcentual de las preguntas 11 y 44 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.

* Riande G. Administración: proceso administrativo. Veracruz: Hospital "Dr. Luis F. Nachón" 2009

Tabla 10. Variable dirección del proceso administrativo

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	
Concepto de dirección	Conduce o guía a las personas logrando los objetivos y metas propuestas a través de la comunicación, complementándose con la toma de decisiones, la cual consiste en seleccionar de varias opciones la más conveniente en cuanto a calidad y aceptación por parte de los subordinados.*	En esta etapa se dirigen o conducen todos los lineamientos establecidos en la etapa de planeación y organización para lograr los objetivos.	Distribución porcentual de la pregunta 14 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	
Principios de la etapa de dirección	Siete son los principios que proporcionan la pauta para establecer una dirección racional, se encuentran íntimamente relacionados y son: de la armonía, del objetivo o coordinación de intereses, impersonalidad de mando, de la supervisión directa, de la vía jerárquica, de la resolución y aprovechamiento del conflicto.**	Son las líneas a seguir para llevar a cabo la etapa de dirección.	Distribución porcentual de la pregunta 9 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	
Autoridad	Forma de poder, con frecuencia usada en términos más amplios para referirse a la capacidad de las personas para esgrimir un poder resultante de sus cualidades.***	Es la facultad que tiene una persona para dar órdenes a sus subordinados.	Distribución porcentual de la pregunta 22 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	
Delegación de autoridad	Asignar a otras personas las responsabilidades y la autoridad que se precisan para lograr los objetivos.***	Es cuando se le asignan las responsabilidades y cierta autoridad a los subordinados.	Distribución porcentual de las preguntas 31 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	
Liderazgo	Proceso para dirigir e influir en actividades relacionadas con las tareas, en los miembros de un grupo.*** Indicador: Distribución porcentual de la pregunta 50 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	Liderazgo autoritario: el líder fija las directrices sin participación del grupo.***	Es cuando el líder toma las decisiones sin tomar en cuenta al grupo de trabajo.	Distribución porcentual de la pregunta 38 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
		Liderazgo democrático: las directrices son debatidas por el grupo y decididas por éste, con el estímulo y apoyo del líder.***	Toma en cuenta las opiniones del grupo de trabajo.	Distribución porcentual de la pregunta 1 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
		Liderazgo liberal: la participación del líder es mínima, las decisiones son autónomas ya sean de manera grupal o individual.***	El líder deja que cada quién tome sus propias decisiones.	Distribución porcentual de la pregunta 35 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Motivación	Persuadir e inspirar al personal para que desarrolle su trabajo como se desea.****	Es cuando se influye en las personas para que realicen su trabajo como se desea.	Distribución porcentual de la pregunta 40 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	

Supervisión	Es una función que implica un juicio de valores, pero se realiza durante el proceso de una actividad y por tanto se tiene la posibilidad de corregir el resultado final.****	Es la actividad que se realiza cuando se está desarrollando algún proceso, antes de llegar al producto final.	Distribución porcentual de la pregunta 55 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Comunicación	Es una actividad administrativa que tiene dos propósitos fundamentales: proporcionar la información y la explicación necesaria para que las personas puedan desempeñar sus tareas y adoptar las actitudes necesarias que promuevan la motivación, cooperación y satisfacción de los cargos.***, ****	Es el intercambio de información entre dos personas.	Distribución porcentual de la pregunta 51 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Coordinación	Integración de las actividades de las diversas partes de una organización con el propósito de alcanzar las metas de la organización.***	Es la integración de las actividades de los diferentes departamentos o niveles de la organización para cumplir con la misión.	Distribución porcentual de la pregunta 58 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Trabajo en equipo	Realizar tareas a través de grupos pequeños de personas que son responsables en forma colectiva y cuyo trabajo requiere coordinación.****	Es la realización de las tareas o actividades por un conjunto de personas.	Distribución porcentual de la pregunta 15 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Conflicto	Proceso por el que una de las partes (personas o grupo) percibe que otra se opone o afecta de forma negativa a sus intereses.****	Sucede cuando dos personas no están de acuerdo con alguna observación o se sienten afectados.	Distribución porcentual de la pregunta 25 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Manejo de conflicto	Es una estrategia que busca encaminar a los gerentes para poder tomar mejores decisiones en conjunto, particularmente sobre problemas difíciles y contenciosos.*****	Es la estrategia que busca una solución para llegar a un acuerdo entre ambas partes.	Distribución porcentual de la pregunta 20 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.

* Barquín M. Dirección de hospitales. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 202. P. 415

** Munch L, García J. Fundamentos de administración. 5ª ed. México: Trillas; 2006. P. 240

*** Stoner J, Freeman E, Córdova A, Mascaró P, Sánchez H. Administración [Internet]. México: Pearson Educación; [Citado 2009 ene 26]. Disponible desde: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=g_nweMjueSkC&oi=fnd&pg=PR20&dq=Administraci%C3%B3n+gerencial&ots=l-OjxTK7GA&sig=XpUYDW1XrGVhd9VMnunsgebCqY#PPP1,M1

**** Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 2007. P. 562

***** Franklin E. Organización de empresas. Análisis, diseño y estructura. México: Mc Graw Hill; 1998. P. 341

Tabla 11. Variable control del proceso administrativo

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Concepto de control	Actividad de seguimiento encaminada a corregir las desviaciones que puedan darse respecto a los objetivos. Se ejerce con referencia a los planes, mediante la comparación regular y sistemática de las previsiones y las consiguientes realizaciones, así como la valoración de las desviaciones habidas respecto de los objetivos.*	Esta etapa se encarga de dar seguimiento a las actividades, a manera de corregir alguna desviación que exista respecto al plan con el que se cuenta.	Distribución porcentual de la pregunta 28 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Principios de la etapa de control	Seis son los principios que proporcionan la pauta para establecer una planeación racional, se encuentran íntimamente relacionados y son: de equilibrio, de los objetivos, de la oportunidad, de las desviaciones, de excepción y de la función controlada.**	Son las líneas a seguir para llevar a cabo la etapa de control.	Distribución porcentual de la pregunta 18 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Determinación de normas	Se analizan los objetivos, metas, actividades y procedimientos. Se eligen los aspectos significantes. Se definen los indicadores de calidad, tiempo, cantidad, contabilidad, costos, eficacia, eficiencia, efectividad, cobertura e impacto.***	Las normas son los lineamientos que se definen para tener los indicadores de calidad, tiempo, eficacia y eficiencia para cubrir con los objetivos, metas, actividades y procedimientos de la organización.	Distribución porcentual de la pregunta 33 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Medición del desempeño	Consiste en revisar que lo establecido se esté logrando conforme a lo planificado. Este es un proceso repetitivo por lo que se debe evitar que pase mucho tiempo entre una medición y otra. Si los resultados corresponden a lo establecido, todo está bajo control.****	Es el proceso mediante el cual se compara lo que se ha realizado con lo planificado. Así como cerciorarse de que los resultados correspondan a lo establecido.	Distribución porcentual de la pregunta 24 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Evaluación	Es fijar el valor del elemento a evaluar; para hacerlo se requiere un procedimiento mediante el cual se compara aquello a evaluar respecto de un criterio o patrón determinado. Es decir, compara "lo que es" con "lo que debería ser".*****	Es la comparación del valor asignado con el resultado obtenido de las actividades realizadas.	Distribución porcentual de la pregunta 21 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Etapas o momentos de la evaluación	Tres son las etapas de la evaluación: inicial, de proceso y final.*****	Indicador: Distribución porcentual de la pregunta 49 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).	Evaluación inicial: tiene como finalidad proporcionar criterios racionales para una decisión crucial. También permite ordenar los proyectos según su eficiencia para alcanzar los objetivos perseguidos.*****	Se realiza para proporcionar criterios al momento de tomar una decisión sobre los objetivos de un proyecto.	Distribución porcentual de la pregunta 56 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
			Evaluación de proceso: determina la medida en que los componentes de un proyecto contribuyen o son disfuncionales a los fines perseguidos. Se realiza durante la implementación y, por tanto afecta la organización y las operaciones.*****	Es la segunda etapa de la evaluación, es decir, cuando ya está en marcha el proyecto.	Distribución porcentual de la pregunta por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).*****
			Evaluación de resultado: busca apreciar en qué medida el proyecto alcanza sus objetivos y cuáles son sus efectos secundarios. Esta evaluación mira hacia atrás; es decir, si el proyecto funcionó o no.*****	Compara si el proyecto alcanzó sus objetivos, es decir, si el proyecto funcionó o no.	Distribución porcentual de la pregunta 30 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).
Dimensiones	Definición conceptual		Definición operacional		Indicador
Acciones correctivas	Esta etapa es necesaria sobre todo si el desempeño no cumple con los niveles establecidos y el análisis indica que se requiere una intervención. Las medidas correctivas pueden necesitar un cambio en una o varias actividades de las operaciones de la empresa, o bien, un cambio en las normas establecidas originalmente.**		Son los ciclos de mejora que se identifican para poder realizar adecuaciones a las acciones que se están realizando.		Distribución porcentual de la pregunta 2 por tipo de respuesta: correcta (1), no sé (0) e incorrecta (-1).

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.

* Guízar R. Desarrollo Organizacional. Principios y aplicaciones. México: Mc Graw-Hill; 1998. P. 285.

** Munch L, García J. Fundamentos de administración. 5ª ed. México: Trillas; 2006. P. 240

*** Riande G. Administración: proceso administrativo. Veracruz: Hospital "Dr. Luis F. Nachón" 2009

**** Stoner J, Freeman E, Córdova A, Mascaró P, Sánchez H. Administración [Internet]. México: Pearson Educación; [Citado 2009 ene 26]. Disponible desde: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=g_nweMjueSkC&oi=fnd&pg=PR20&dq=Administraci%C3%B3n+gerencial&ots=-OjxTK7GA&sig=XpUYDW1XrGVhd9VMnmsgebCqY#PP1,M1

***** Cohen E, Franco R. Evaluación de proyectos sociales. 1ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V; 2003. P. 318

***** No se incluye una pregunta específica en el instrumento (cuestionario).

Tabla 12. Variable conocimiento en Administración

Variable	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	
Conocimiento en administración	Conceptos generales en Administración	Suma del valor obtenido en las preguntas 13, 52, 34, 12 y 13.	$\% \text{ de conocimiento} = \frac{\text{Valor de R} - \text{Valor de R}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$	Distribución porcentual de acuerdo al nivel de conocimiento en:*
	Planeación del proceso administrativo	Suma del valor obtenido en las preguntas 6, 10, 46, 23, 42, 57, 45, 41, 32, 36 y 47.	$\% \text{ de conocimiento} = \frac{\text{Valor de R} - \text{Valor de R}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$	Excelente 96 a 100%
	Organización del proceso administrativo	Suma del valor obtenido en las preguntas 54, 7, 16, 27, 8, 26, 43, 53 y 29.	$\% \text{ de conocimiento} = \frac{\text{Valor de R} - \text{Valor de R}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$	Muy bueno 90 a 95%
	Integración del proceso administrativo	Suma del valor obtenido en las preguntas 3, 5, 17, 37, 39, 4, 48, 11 y 44.	$\% \text{ de conocimiento} = \frac{\text{Valor de R} - \text{Valor de R}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$	Bueno 80 a 89%
	Dirección del proceso administrativo	Suma del valor obtenido en las preguntas 14, 9, 22, 31, 50, 38, 1, 35, 40, 55, 51, 58, 15, 25 y 20.	$\% \text{ de conocimiento} = \frac{\text{Valor de R} - \text{Valor de R}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$	Regular 60 a 79%
	Control del proceso administrativo	Suma del valor obtenido en las preguntas 28, 18, 33, 24, 21, 56, 49, 30 y 2.	$\% \text{ de conocimiento} = \frac{\text{Valor de R} - \text{Valor de R}}{\text{Total de respuestas}} \times 100$	Malo 40 a 59%

Fuente: Elaboración propia para la identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo del Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Veracruz. 2008.

* Pérez-Padilla J, Viniegra L. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero y no sé. *Rev Invest Clín.* 1989 oct-dic;41:375-79

4.5. Procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La información que se recopilará en la presente investigación está sustentada en los objetivos, ya que es indispensable contar con información que sea de utilidad para el análisis del problema planteado, así como la determinación de las variables que dan respuesta al mismo.⁵⁶

El procedimiento para la recolección de datos se realizará de la siguiente manera:

- Técnica de recolección de datos: entrevista.
- Instrumento para la recolección de datos: cuestionario.
- Validación del cuestionario: de contenido y de constructo.
- Confiabilidad del cuestionario.
- Procedimiento de recolección de datos.

4.5.1. Técnica de recolección de datos

García M. (citado por Casas)⁵⁷ define a la entrevista como "una técnica que utiliza procedimientos estandarizados de investigación, mediante los cuales recoge y analiza los datos de la población o universo, que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características".

La técnica de la entrevista permite obtener y elaborar datos de manera rápida y eficaz. Además, en el ámbito sanitario está demostrado que, es muy utilizada en las investigaciones.⁵³

Por lo tanto, la técnica de recolección de datos utilizada para la obtención de información será la entrevista para la aplicación de un cuestionario autoaplicado y la fuente de información será primaria, ya que el personal directivo del hospital será el que la proporcione. Existe un total de 56 personas que ocupan un cargo directivo en las 34 unidades administrativas que tienen relación directa con la Dirección del hospital. Existen otras 4 unidades administrativas que no dependen jerárquicamente de la dirección y cuyos directivos se incluyeron en el estudio.

4.5.2. Instrumento para la recolección de datos: cuestionario

Un instrumento de medición es "un recurso utilizado por los investigadores con el fin de registrar la información obtenida sobre las variables".⁵⁸ Para la presente investigación el instrumento es el cuestionario, ya que la aplicación de éste, está dirigido al personal directivo del hospital en los diferentes niveles gerenciales, los cuales tienen características similares y una problemática semejante. Para la elaboración del cuestionario se consideró el siguiente procedimiento:⁵⁹

- Información requerida: el cuestionario se estructuró en dos apartados, el primero con relación a las variables sociodemográficas y el segundo respecto al conocimiento en administración (conceptos generales de administración; planeación, organización, integración, dirección y control del proceso administrativo), cumpliendo con los objetivos específicos de la presente investigación.
- Determinación del tipo de pregunta y forma de recopilar la información: Se utilizaron conceptos o afirmaciones del marco teórico (administración y proceso administrativo), presentado expofesamente de manera correcta o incorrecta (transpolando conceptos de una etapa del proceso a otro), con el objeto que el entrevistado con base en su conocimiento pudiera discernir entre los enunciados correctamente expresados o no.
- Determinación del tipo de respuesta de las preguntas: se estableció que las respuestas a las preguntas fueran multicótomas. En cada pregunta existen tres opciones de repuesta, de las cuales la correcta tendrá valor de 1, la incorrecta -1 y la opción "No sé" 0,⁶⁰ ya que en este caso se requiere identificar el nivel de conocimiento

de los sujetos de estudio y no la percepción u opinión de los mismos.

El cuestionario está estructurado de la siguiente manera:

- Escudos: en el margen superior izquierdo, se encuentra el de la Universidad Veracruzana, en el derecho el del Instituto de Salud Pública y en medio, el nombre del cuestionario "Identificación del nivel de conocimiento en administración del personal directivo".
- Ficha de identificación: número de folio, éste será llenado previamente, antes de aplicar el cuestionario; además se solicita la fecha día-mes-año, así como la hora de inicio y término de la aplicación.
- Leyenda: se hace referencia a que el Instituto de Salud Pública en coordinación con el Hospital "Dr. Luis F. Nachón", realiza una investigación con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento en administración y que la información proporcionada será anónima, confidencial y de gran ayuda para proponer mejoras al Cuerpo directivo del hospital.
- Primer apartado: éste se refiere a las características sociodemográficas, en las que se pregunta la edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, capacitación en administración, unidad administrativa, tipo de personal, nivel gerencial, tipo de contratación, antigüedad en su profesión, hospital, institución y cargo directivo actual.
- Instrucciones: refiere a que se proporcionen los datos relacionados a las características sociodemográficas sin dejar espacios en blanco.
- Segundo apartado: éste se refiere al conocimiento en Administración, en el que se encuentran 58 enunciados escritos de manera correcta o incorrecta, para que el entrevistado identifique si son falsos, verdaderos o reconozca no saber sobre el mismo.
- Instrucciones: se indica que debe leer cuidadosamente cada uno de los enunciados y anotar una V (Verdadero), F (Falso) ó NS (No sé) según lo considere. Validación del instrumento.

Una vez elaborado el cuestionario para la recopilación de información, fue necesario validarlo, con la finalidad de conocer si mide los rasgos o características del objeto de estudio, lo cual permitió hacer cambios en los enunciados que se utilizaron, para una mejor comprensión.

Existen diferentes facetas para la validación de un instrumento, entre las que se consideraron las siguientes:

Validez de contenido: fue necesario consultar a expertos en el área para analizar las preguntas y respuestas

del cuestionario para determinar si se presentan adecuadamente. Para ello, el instrumento se validó con la participación de los lectores del trabajo de tesis, expertos en la materia.

Validez de constructo: para la realización de esta validez, se empleó la técnica de grupos conocidos mediante una prueba piloto, en la cual el instrumento se aplicó a grupos que difirieran con respecto al atributo crítico, a causa de una característica conocida. Es decir; dicha prueba se realizó con la finalidad de conocer si las instrucciones son claras y precisas, evaluando a su vez el lenguaje y redacción del instrumento. Así como obtener resultados que ayudaran a determinar la confiabilidad y validez del instrumento. La prueba piloto se aplicó a dos grupos: el primero, fue al personal directivo del Centro de Especialidades Médicas de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" (CEMEV), ya que es un hospital que pertenece a los Servicios de Salud de Veracruz y cuenta con las mismas características del personal directivo que se desea investigar, es decir, son Jefes de Servicio o Departamento, Coordinadores o Subdirectores y sus funciones están enfocadas a la prestación de los servicios de salud. El segundo grupo, se consideró con la característica de no contar con capacitación en administración o haber ocupado un cargo gerencial. Los promedios de calificación obtenidos fueron: primer grupo 59.11 y segundo 47.04. Luego, se calculó la desviación estándar teniendo como resultado 9.10 y 7.69 (primer y segundo grupo). Posteriormente, se aplicó la prueba *t* de *student* para diferencia de medias con el fin de conocer si existía una diferencia estadísticamente significativa en las calificaciones promedio de los dos grupos conocidos, teniendo una $p=0.010$,^q por lo que la H_a se acepta.

El tiempo para la aplicación del cuestionario osciló entre 25 y 50 minutos, este parámetro fue importante para la programación de la aplicación del cuestionario en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

4.5.3. Confiabilidad del instrumento

La prueba de confiabilidad sirve para que los resultados sean considerados de confianza, por lo que fue necesario medir la confiabilidad del instrumento recopilador de información, ya que nos permite conocer el grado de

congruencia con el cual se identifica el atributo que se está buscando. Es decir, lo confiable del instrumento es que se pueda aplicar a un grupo en dos fechas diferentes y los resultados sean muy parecidos.

En esta investigación se buscó identificar el nivel de conocimiento en administración del personal directivo del hospital, por lo que en términos de validación se usó la congruencia interna, ya que evalúa que todos sus componentes midan la misma característica. Ésta constituye la mejor forma de valorar una de las más importantes fuentes de error en la medición y el muestreo de reactivos en los instrumentos recopiladores de información.

La técnica para evaluar la congruencia interna fue: división de mitades, la cual consistió en dividir los reactivos que integran el cuestionario en dos grandes grupos, para obtener los porcentajes correspondientes a cada grupo y utilizarlos para calcular el coeficiente de correlación. Es decir, el instrumento consta de 58 reactivos, por lo que se dividieron en dos grupos de 29, en un grupo quedaron los reactivos pares y en otro los nones.

El resultado de esta prueba fue el siguiente:

Coeficiente de correlación: 0.70, lo cual indica que sí existe congruencia en el cuestionario, ya que las calificaciones fueron similares en las preguntas pares y nones. Dicho resultado nos muestra la congruencia por cada una de las mitades del cuestionario.

Posteriormente, con la finalidad de obtener la confiabilidad en esta técnica, se utilizó el coeficiente de correlación con la prueba de Spearman-Brown, la cual se desarrolla a continuación:⁴¹

Donde:

$$r^1 = \frac{2r}{1+r}$$

r = coeficiente de correlación calculado para las mitades de prueba.

r^1 = confiabilidad estimada de toda la prueba.

Sustituyendo en la fórmula:

$$r^1 = \frac{2(0.70)}{1+0.70} = 0.82$$

^q Este valor indica que existe una diferencia estadísticamente significativa.

r H_a = Hipótesis alterna. $H_a = \mu_1 > \mu_2$

El resultado de 0.82 nos muestra que hay un alto índice de confiabilidad, ya que la teoría nos indica que el resultado entre más se aproxime a 1.00 hay mayor confiabilidad.

4.5.4. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se realizaron las siguientes actividades:

- Presentación del protocolo al Director del hospital y al Comité de ética, con la finalidad de conseguir la autorización para su realización y el aval de la máxima autoridad para entrevistar al personal directivo.
- Cronograma de actividades de la recolección de la información.
- Determinación de fecha y hora con el personal directivo, para la aplicación del cuestionario autoaplicado, siendo esta cita dentro de la jornada de trabajo del mismo o fuera de ella, según fuera el caso.

4.5.5. Plan de procesamiento y análisis de los datos

Plan de procesamiento

Primero se procedió a realizar una base de datos en el programa Microsoft Excel Windows 2007 y el *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0), las cuales contenía la información de las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, capacitación en administración, unidad administrativa, tipo de personal, nivel gerencial, tipo de contratación y antigüedad en: su profesión, institución, hospital y cargo directivo actual) y de conocimiento en administración (conocimientos generales en administración; planeación, organización, integración, dirección y control del proceso administrativo).

De ahí se codificó la información relacionada con las variables sociodemográficas, en este caso el código fue numérico y sólo sirvió para identificarlos, sin otorgarles un valor. Las variables fueron:

- Edad: clasificados en grupos de edad de 10 años.
- Sexo: 1 = Mujer y 2 = Hombre.
- Estadocivil: 1=Soltero (a), 2=Casado (a), 3=Divorciado (a), 4 = Unión libre y 5 = Viudo (a).
- Nivel de escolaridad: 1 = Nivel técnico, 2 = Licenciatura, 3 = Especialidad, 4 = Maestría, 5 = Doctorado y 6 = Otro.
- Capacitación en administración: 0 = Sino cuenta con alguna y 1 = Si cuenta con 1 o más.
- Unidad administrativa: 1 = Servicio, 2 = Departamento, 3 = Coordinación y 4 = Subdirección.

- Tipodepersonal: 1=Médico, 2=Enfermería, 3=Paramédico y 4 = Administrativo.
- Nivel gerencial: 1 = Alto, 2 = Medio y 3 = Operativo.
- Tipo de contratación: 1 = Confianza, 2 = Base federal, 3 = Base estatal, 4 = Homologado, 5 = Contrato, 6 = Suplente y 7 = Otro.
- Antigüedad en años: en el ejercicio de su profesión, en la institución, en el hospital y cargo directivo actual, los cuales se agruparon en rangos de 10 años.

Para las variables relacionadas con el conocimiento en administración se codificaron de la siguiente manera:

- Valor de 1 a la respuesta correcta, 0 a la respuesta "No sé" y 1 a la incorrecta.⁶⁰

Posteriormente, se capturará la información relacionada con las variables sociodemográficas en la base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel for Windows 2007, de ahí se obtendrán las gráficas de barra, para la presentación de la información.

Plan de análisis de los datos

Se realizará un análisis descriptivo en el que se considerarán las variables sociodemográficas por edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, capacitación en administración, unidad administrativa, tipo de personal, nivel gerencial, tipo de contratación y antigüedad (profesión, institución, hospital y cargo directivo actual) para conocer su frecuencia. También se calcularon las medidas de resumen, tendencia central y de dispersión: la media (promedio), mediana, moda, desviación estándar, el primero y tercer cuartil.

Las calificaciones de conocimiento por dimensión y variable se analizarán obteniendo los porcentajes de respuestas correctas, no sé e incorrectas. Posteriormente, se calculará el porcentaje de conocimiento para cada variable, es decir, se sumarán las respuestas correctas de todas las dimensiones y se le restarán las incorrectas, el resultado se dividirá entre el total de respuestas y se multiplicará por 100. Para el porcentaje de conocimiento en administración se sumarán las respuestas correctas de los 58 ítems, se les restarán las incorrectas, se dividirá entre el total de respuestas y se multiplicarán por 100. Esto se realizará para todo el grupo de estudio (50) y de manera individual. A este porcentaje de conocimiento se le categorizará por niveles de la siguiente manera:

Tabla 13. Distribución del nivel de conocimiento en adminis-

tración. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009

Nivel de conocimiento en Administración ^{62,63,64}	Porcentajes		
Excelente	95	a	100
Muy bueno	90	a	95
Bueno	80	a	89
Regular	60	a	79
Malo	40	a	59
Muy malo	20	a	39
Al azar	19	a	-19
Erróneo	-20	a	-100

Fuente: Construcción directa de la investigadora. Alumna del Instituto de Salud Pública. Xalapa, Ver. 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nivel medio-superior: comprende el nivel de bachillerato.
- Nivel superior: es el que se imparte después del bachillerato o de sus equivalentes. Está compuesto por la licenciatura, la especialidad, la maestría y el doctorado, así como por opciones terminales previas a la conclusión de la licenciatura. Comprende la educación normal en todos sus niveles y especialidades.
- Curso significa carrera: proporciona fundamentalmente nuevos conocimientos y habilidades.
- Taller significa lugar de trabajo: es un proceso de aprendizaje en el aquí y ahora, haciendo, más que revisando, se enfoca al presente.
- Seminario: implica un proceso de siembra y cultivo con miras a producir nuevos conocimientos teóricos y prácticos, habilidades y desarrollo de actitudes para el futuro.
- Munch L, García J. Fundamentos de administración. 5ª ed. México: Trillas; 2006. P. 240
- Daft R. Teoría y diseño organizacional [Internet]. México: Thomson; 2005 [Citado 2009 ene 25]. P. 612. Disponibles desde: <http://books.google.com.mx/books?id=wOmV9UDIR4EC&printsec=frontcover&dq=Teor%C3%ADa+y+dise%C3%B1o+organizacional#PPA11,M1>
- Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración. 7ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2007. P. 562
- Koontz H, O'Donnell C. Curso de Administración moderna. Un análisis de sistemas y contingencias de las funciones administrativas. 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 1982. P. 914
- Stoner J, Freeman E, Córdova A, Mascaró P, Sánchez H. Administración [Internet]. México: Pearson Educación; [Citado 2009 ene 26]. Disponible desde: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=g_nweMjueSkC&oi=fnd&pg=PR20&dq=Administraci%C3%B3n+gerencial&ots=l-OjxTK7GA&sig=XpUYDW1XrG Vhd9VMnurnsgebCqY#PPP1,M1
- O. da Silva, R. Teorías de administración [Internet]. México: International Thomson Editores; 2002 [Citado 2009 ene 25]. P. 523. Disponible desde: <http://books.google.com.mx/books?id=fPH5caAXYgcC&pg=PT35&dq=Administraci%C3%B3n+de+gerencia&hl=es#PP T23,M1>
- Hernández y Rodríguez S. Introducción a la Administración. Un enfoque teórico práctico. 1ª ed. México: Mc Graw Hill; 1998. P. 418
- Riande G. Administración: proceso administrativo. Veracruz: Hospital "Dr. Luis F. Nachón" 2009
- Barquín M. Dirección de hospitales. 7ª ed. México: Mc Graw Hill; 202. P. 415
- Díaz L. Análisis y planeamiento con aplicaciones a la organización [Internet]. [Citado 2009 feb 28]. P. 239. Disponible desde: <http://books.google.com.mx/books?id=6p0R6MOBQc4C&pg=PA105&dq=diagn%C3%B3stico+FODA#PPA106,M1>
- Pimentel L. Planificación estratégica. Introducción al concepto de planificación estratégica. Asociación Venezolana de Químicos y Técnicos Textiles [Internet]. [Citado 2009 mar 05]. Disponible desde: <http://www.avqtt.org/Articulos/planificacion.pdf>
- Guízar R. Desarrollo Organizacional. Principios y aplicaciones. México: Mc Graw-Hill; 1998. P. 285.
- Franklin E. Organización de empresas. Análisis, diseño y estructura. México: Mc Graw Hill; 1998. P. 341

19. Hellriegel D, Slocum J. Comportamiento organizacional [Internet]. México: Thomson; 2004 [Citado 2009 feb 28]. P. 485. Disponible <http://books.google.com.mx/books?id=Go7JhoqpwsWC&pg=PA224&dq=Manejo+de+conflictos#PPA225,M1>
20. Varea A, Ortiz P, Ortiz-TP. Marea negra en la Amazonía [Internet]. México: Abya Yala; 1995 [Citado 2009 mar 06]. P. 396. Disponible: http://books.google.com.mx/books?id=wx_ljxBQLccC
21. Cohen E, Franco R. Evaluación de proyectos sociales. 1ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V; 2003. P. 318
22. Pérez V. Relación entre las habilidades gerenciales o competencias gerenciales y el desempeño empresarial [Internet]. [Citado 2008 nov 25]. Disponible desde: http://www.degerencia.com/articulo/habilidades_gerenciales_y_desempeno_empresarial
23. Wayne R, Robert N, Sanchez M, Contreras E. Administración de recursos humanos [Internet]. México: Pearson Educación; [Citado 2009 ene 28]. Disponible desde: <http://books.google.com.mx/books?id=UkWaAvHmBswC&pg=PA217&dq=%22Desarrollo+gerencial%22#PPA217,M1>
24. Universidad Veracruzana. Programa: Diplomado en Administración Pública. Módulo: Administración del capital humano y de los recursos materiales. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública: 2002
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Capítulo X. Capacitación y Desarrollo gerencial [Internet]. [Citado 2008 sep 17]. Disponible desde: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/144EC459-AE4E-4269-88CF-9E7AA19FB093/0/10_Capitulo_X_Capacitacion_2006_Final.pdf
26. Benavente J. Administración por Objetivos (APO) [Internet]. Sistema de Bibliotecas DuocUC; [Citado 2009 ene 29]. Disponible desde: <http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/admi/administracion-por-objetivos-apo.pdf>
27. Cohen G. La naturaleza de la función directiva. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1991. P. 154
28. Ladrón de Guevara E, compiladora. Antología. Sistemas de Salud. Xalapa, Veracruz: Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública: 2008
29. Aguirre A, Castillo A, Tous D. Administración de organizaciones. Fundamentos y aplicaciones. España: Pirámide; 2002.
30. Oteo L. Gestión clínica: gobierno clínico. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006. P. 337
31. Novaes H. El hospital público tendencias y perspectivas. Washington: OPS; 1994. P. 320
32. Temes JL, Pastor V, Díaz JL. Manual de gestión hospitalaria. 1ª ed. España: Mc Graw Hill; 1992. P. 540
33. French WL, Bell CH. Desarrollo organizacional. Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización. 5ª edición. México: Prentice Hall; 1996. P. 371.
34. DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países de desarrollo [Internet]. [Citado 2009 feb 23]. Disponible desde: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/M1.pdf>
35. Secretaría de Salud. Modelo de Gestión de Calidad [Internet]. [Citado 2009 feb 23]. Disponible desde: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/man_mod_ges.pdf
36. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo C, Wade H, Larrieu M, y cols. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2000 jul-ago [Citado 2008 oct 04];8(1-2):126-34. Disponible desde: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017&lng=es&nrm=iso
37. Organización Panamericana de la Salud. Evolución del concepto de las FESP [Internet]. [citado 2008 sep 30]. Disponible desde: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=183&lang=es

38. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud [Internet]. [Citado 2008 sep 10]. Disponible desde: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
39. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de acción: capacitación gerencial [Internet]. [Citado 2009 mayo 15]. Disponible desde: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_10/capacitacion_gerencial.pdf
40. Mora A. Análisis de competencias gerenciales de directores. Centros Hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social [Internet]. [Citado 2009 junio 01]. Disponible desde: <http://www.cendeiss.sa.cr/investigacion/directores.pdf>
41. Consejería de salud. Modelo de gestión por competencias del sistema sanitario público de Andalucía [Internet]. [Citado 2008 oct 25]. Disponible desde: http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/gestioncompetencias/modelo_de_gestion.pdf
42. Marchant L, compilador. Actualizaciones para el Desarrollo Organizacional. Viña del Mar, Chile. Universidad Viña del Mar. 2005
43. Hellriegel D, Jackson S, Slocum J. Administración: un enfoque basado en competencias. 10ª ed. Madrid: Thomson Learning; 2000. P. 5, 14-25
44. Vélez G, Correa L, Duarte J, Stuarde D. Conocimiento gerencial requerido del enfermero en el Programa Salud de la Familia. Revista Brasileña de Enfermería (REBEn) [Internet]. 2005 nov-dic [Citado 2008 sep 30];58(6):635-40. Disponible desde: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600002&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0034-71672005000600002
45. Giraldo L, Grisales L, Ortíz P. Relación entre el nivel de desarrollo de las competencias en los gerentes de las IPS y la calidad institucional, Antioquía, 2005. Rev Fac Nac Salud Pública. 2008 jul-dic;26(2):153-64
46. Aguirre M, Anaya J, Díaz M. Desarrollo de un perfil gerencial para los directivos de Hospitales de SESVER. Xalapa, Veracruz. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública: 2006.
47. Berger C, Ísper A, Orenha E, Saliba C. Perfil de los administradores de los hospitales públicos del Estado de Paraná. Rev. Admón. Salud [Internet]. 2007 oct-dic [Citado 2009 ene 30];9(37):120-24. Disponible desde: <http://www.cqh.org.br/files/RAS.37-perfil.pdf>
48. Pacheco L. Perfil gerencial para las instituciones prestadoras de salud en Barranquilla. Revista Pensamiento & Gestión [Internet]. 2008 dic [Citado 2009 mar 10];(25):139-60. Disponible desde: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/25/7_Perfil%20gerencial.pdf
49. Cuauthlé V, Moreno C, Puente R. Evaluación de la gerencia enfocada en calidad en hospitales de SESVER. [Tesis]. [Xalapa (VER)]: Instituto de Salud Pública; 2008.
50. Domínguez E, Hernández E, Hernández J, Rodal M, Sánchez M. Construcción de cinco manuales administrativos del Departamento de Consulta Externa. [Xalapa (VER)]: Instituto de Salud Pública; 2008.
51. Flores J. Historia de México [Internet]. México: International Thomson Editores; [Citado 2009 ene 28]. Disponible desde: http://books.google.com.mx/books?id=OVjDVkMfQlWC&pg=RA1-PA160&lpg=RA1-PA160&dq=%22Creaci%C3%B3n+de+las+Leyes+de+Reforma%22&source=bl&ots=2b446wcp83&sig=IF9hujGyw3G4QYPKsAS--1yeuyQ&hl=es&ei=qJ_oSoKqINavtweC4PH-Bg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=6&ved=0CBgQ6AEwBQ#v=onepage&q=%22Promulgaci%C3%B3n%20de%20las%20Leyes%20de%20Reforma%22&f=false
52. Riande G. Plática informativa sobre el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" y su certificación. Xalapa, Veracruz. 2008.
53. Coordinación de Desarrollo Hospitalario. Carpeta de Gestión de Calidad. Coordinación de Consulta Externa. Xalapa, Veracruz. Hospital "Dr. Luis F. Nachón": 2008

54. Navarro P. Hospitales. Normas y procedimientos. México: Trillas. 2001. P. 150
55. García J. La elección del tipo de diseño de investigación. Revista científica de enfermería [Internet]. 2004 may [Citado 2008 sep 03];(5):1-3. Disponible desde: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formacion%205.3.pdf
56. Hernández E, Saldaña S. Investigación cuantitativa: Guía práctica para la elaboración del proyecto. México: 2003
57. Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. 2000 mar-abr;42(2):144-54
58. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Glosario [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. [Citado 2009 feb 13]. Disponible desde: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/glogen/default.aspx?t=rcnat&s=est&c=12240>
59. Siliceo A. Capacitación y desarrollo de personal [Internet]. [Citado 2009 feb 13]. P. 248. Disponibles desde: <http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CJhlsrSulMUC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Capacitaci%C3%B3n&ots=IPhZbK8F8W&sig=PYwpstuTYSGfoz8WA58Y86qWtZk>
60. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Glosario [Internet]. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social. [Citado 2009 mar 06]. Disponible desde: http://www.empleo.gob.mx/wb/BANEM/BANE_glosario
61. Rojas R. Guía para realizar investigaciones sociales. 34ª ed. México: Plaza y Valdez; 2000
62. Casas J, Repullo J, Campos J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos [Internet]. Revista Atención primaria. 2003 [Citado 2009 mar 15]; 35(8):527-38. Disponible desde: http://www.els.evier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13047738
63. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3ª ed. Chile: Mc Graw-Hill; 2003
64. Namakforosh M. Metodología de la investigación. 2ª ed. México: Limusa. Noriega Editores. 2003. Pp. 163-84.
65. Pérez-Padilla J, Viniestra L. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero y no sé. Rev Invest Clín. 1989 oct-dic;41:375-79
66. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 2000. Pp.715
67. Torres-Carrasco M, Viniestra-Velázquez L, Matus-Miranda R. Aptitud clínica en la atención de enfermería prenatal y perinatal del binomio madre-hijo de bajo riesgo [Internet]. Rev Enferm IMSS. 2005 [Citado 2009 mar 20]; 13(2):63-69. Disponible desde: http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7FAC90D0-AA10-452B-A5DC-934B4D789EA9/0/2_6369.pdf
68. Jiménez-Vázquez M, González-Cobos R. Competencia clínica de enfermeras en la atención quirúrgica [Internet]. Rev Enferm IMSS. 2000 [Citado 2009 mar 20]; 8(2):75-80. Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/74435D03-3D1A-4A95-B83B-FC564FBF8711/0/20007580.pdf>
69. Tun M, Aguilar E, Herrera J, Viniestra L. Efectos del currículo por competencias en medicina familiar. Rev Enferm IMSS. 2003 [Citado 2009 mar 20]; 41(1):5-13. Disponible desde: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7CA085FC-B967-41F1-9DCE-CAC2FF8D30E3/0/02efectosdelcurriculomf.pdf>

DIAGNÓSTICO DE LA COMUNICACIÓN ADMINISTRATIVA PARA UN PLAN DE COMUNICACIÓN EN EL ÁREA DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL “DR. LUIS F. NACHÓN”

Alumno: *Crescencio Norberto Galván Valentín*

Directora de Tesis: *Elizabeth Bonilla Loyo*

Asesor Externo: *Gabriel Riande Juárez*

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Salud Pública

Para poder estudiar la comunicación administrativa del área de Cirugía General del Hospital Regional “Luis F. Nachón”, es necesario conocer el contexto conceptual de los hospitales y de la Salud Pública dentro del marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) de la Organización Panamericana de la Salud, así como los ejes rectores del Programa Nacional de Desarrollo que dan sustento a las acciones del sector.

De acuerdo a las FESP¹ el Estado es el protagonista de la salud pública y es un actor con personalidad jurídica e instrumentos de actuación propios y de gran poder en todos los sentidos. La identificación operativa, la asignación de responsabilidades y la posibilidad de reclamar su debido cumplimiento, se hace todavía más fácil si se centra en las instituciones pertenecientes al Estado, que son responsables directos del sector de la salud (ministerio o secretaría de salud), y sus diferentes niveles jerárquicos descendentes.

Es el Estado la figura legal que dicta las reglas del juego en el ámbito de la salud, pero, también obedece a reglas que están a un nivel superior, debido a que la mayor parte de las naciones han firmado acuerdos internacionales para alcanzar metas conjuntas en la materia.

Los servicios hospitalarios están relacionados con cuatro

de las once FESP, estas son²: 5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; 6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; y 9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

La primera de las funciones, referidas en el párrafo anterior, está relacionada con la capacidad del Estado para desarrollar políticas públicas en materia de salud y su capacidad de planificar las acciones en la misma materia. La segunda de las funciones, mencionadas anteriormente, tiene que ver con la regulación de todo tipo de acto que esté relacionado con la salud pública a la que todo individuo debe sujetarse. La función ocho se centra en el desarrollo y capacitación de los recursos humanos, los cuales son importantes en todas las áreas de servicio hospitalario. La última de las funciones, mencionadas líneas arriba, pretende asegurar la calidad de los servicios de salud.

Para entender mejor estos conceptos se puede decir que los hospitales deben estar sujetos a leyes, normas y políticas que les permitan cumplir con el objetivo para el que fueron creados, pero, también es necesario que mejore las condiciones laborales del personal para brindar un servicio de calidad. Si existen problemas de

¹ Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) son el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones.

² Las FESP son: 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud; 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; 3. Promoción de la Salud; 4. Participación de los ciudadanos en la salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública; 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 8. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación en salud pública; y 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.(3)

comunicación al interior de un hospital, es necesario resolver los problemas que las generan para mejorar los servicios otorgados.

Tomando en cuenta lo dispuesto en las Funciones Esenciales de la Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud y a las necesidades internas en materia de salud, el Gobierno Federal crea su Plan Nacional de Desarrollo del cual deriva el Programa Nacional de Salud. Es en este documento en el que se expresan los ejes rectores, objetivos, estrategias, líneas de acción y metas en materia de salud pública. Cada gobierno establece su legislación propia a la cual se tienen que apegar todas las acciones de las instituciones del sector salud^c.

En México, el derecho a la protección a la salud está estipulado en el artículo 4to. Constitucional y a partir de este artículo se desprenden la Ley General de Salud, los reglamentos y normas, que dan sustento a las acciones de los hospitales mexicanos. Son precisamente los artículos 77 bis 1 y 77 bis 9 de la Ley General de Salud, en los que se establecen las disposiciones relacionadas con el quehacer hospitalario.⁴ La norma que regula a los hospitales mexicanos es la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, misma que tiene sus bases legales en la propia Constitución Política Mexicana, sus leyes reglamentarias y otras normas afines a su campo de acción.⁵

1.1.2 Administración

La Comunicación Administrativa (CA) ha encontrado eco en la Salud Pública, debido a la importancia que ha despertado en el campo de la salud, en general, y en la vida diaria de los hospitales, en lo particular. Para poder entender la CA es importante conocer el contexto de la salud pública en el cual se encuentra inmerso. La comunicación, en general, es comprendida con más facilidad cuando después de la reflexión es posible determinar que ésta se encuentra en todo tipo de acción, ya que está vinculada a todo tipo de control dentro de cualquier proceso administrativo y la salud pública implica un amplio proceso administrativo.

Durante las últimas décadas, los gobiernos han

convertido a las instituciones prestadoras de servicios en un sector importante de su estructura administrativa. Como resultado, desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI, aumentó la complejidad de las organizaciones institucionales.⁶ Es importante subrayar que esta complejidad de las estructuras administrativas no surge de la noche a la mañana, se fue generando con el devenir del tiempo, por lo que fue necesario entender los principios de la estructura y los procesos organizacionales de la salud.

Es así como han surgido una serie de teorías de la administración relacionadas con la salud y, en especial, con la administración hospitalaria. Todas las teorías que puedan ser mencionadas aquí, son las mismas que fueron aplicadas al estudio de la comunicación organizacional.

En la gerencia profesional de los sistemas de salud, existen dos componentes importantes, dos elementos que se encuentran íntimamente relacionados, que guardan un importante equilibrio y que pueden ser estudiados a través de trabajos de investigación relacionados con la administración de los recursos de la salud. El primero de ellos es la demanda de servicios, producto de las necesidades de la salud de la población. El segundo componente es el sistema generador de bienes y servicios, el cual se trata de una organización extraordinariamente compleja, multifactorial e interdisciplinaria, con una diversidad de operaciones en tiempo y espacio, relacionadas con sofisticados mecanismos de coordinación y operación.⁷

A comienzos del siglo XX, el estadounidense Frederick Winslow Taylor, desarrolló la escuela de la administración científica, la cual tiene como objetivo principal el aumentar la eficiencia de la empresa, a través de la racionalización del trabajo del obrero. Durante ese periodo, el europeo Henry Fayol, desarrolló la teoría clásica, la cual busca el aumento de la eficiencia de la empresa a través de la organización y aplicación de principios científicos generales de la administración. Como se puede apreciar, ambos plantean el estudio de la administración desde puntos de vista diferentes y opuestos. Estas bases teóricas dominaron el quehacer administrativo de las organizaciones durante casi la mitad del siglo pasado.⁸

La preocupación básica de la administración estaba enfocada en incrementar la productividad de la empresa y ¿cómo se podía lograr este propósito?, sólo mediante el aumento de la eficiencia en el nivel operacional de los obreros.^{6;9;10} Es por tal motivo que a partir de esta escuela,

^c Este tema será abordado en el apartado de Marco contextual y Jurídico del hospital.

que se propicia la división del trabajo del obrero, de cuyas funciones desempeñadas se consolida la unidad fundamental de la organización. La administración científica desarrolla una relación laboral del obrero hacia el supervisor y el gerente y de los obreros hacia toda la organización empresarial. Para esta corriente teórica, es importante la función del obrero y la productividad del mismo. Esto permite la especialización del obrero y la reagrupación de los movimientos, operaciones, tareas y cargos que constituyen la llamada Organización Racional del Trabajo (ORT).^{6:9;10}

La corriente de la teoría clásica, se preocupó en aumentar la eficiencia de la empresa, a través de la forma y disposición de los órganos que forman parte de la organización, es decir, de los departamentos y de sus interrelaciones estructurales.^{6:9;10} Es por esto que la corriente clásica puso un especial énfasis en la estructura y en el funcionamiento de la organización, ya que esta corriente anatómica y fisiologista desarrolló un enfoque inverso al de la administración científica: de la dirección hacia la base trabajadora que ejecuta las acciones y de toda la organización hacia sus departamentos.^{6:9;10}

Fayol lega a la administración 14 principios, en los que se sustentan muchas de las acciones de las actuales organizaciones y que tienen que ver con el propósito del estudio del presente trabajo:^{6:9;10} División del Trabajo, cuanto más se especialicen las personas, con mayor eficiencia desempeñarán su oficio; Autoridad, los gerentes tienen que dar órdenes para que se hagan las cosas, si bien la autoridad formal les da el derecho de mandar, los gerentes no siempre obtendrán obediencia, a menos que tengan también autoridad personal o liderazgo; Disciplina: los miembros de una organización tienen que respetar las reglas y convenios que gobiernan la empresa; Unidad de Dirección: las operaciones que tienen un mismo objetivo deben ser dirigidas por un solo gerente que use un solo plan; Unidad de Mando, cada empleado debe recibir instrucciones, sobre una operación particular, solamente de una persona; Subordinación de interés individual al bien común, en cualquier empresa el interés de los empleados no debe tener prelación sobre los intereses de la organización como un todo; Remuneración, la compensación por el trabajo debe ser equitativa para los empleados como para los patronos; Centralización, los gerentes deben conservar la responsabilidad final, pero también necesitan dar a sus

subalternos autoridad suficiente para que puedan realizar adecuadamente su oficio. Jerarquía, la línea de autoridad en una organización, representado hoy generalmente por cuadros y líneas de un organigrama, pasa en orden de rangos desde la alta gerencia hasta los niveles más bajos de la empresa; Orden, los materiales y las personas deben estar en el lugar adecuado en el momento adecuado, en particular, cada individuo debe ocupar el cargo o posición más adecuados para él; Equidad, los administradores deben ser amistosos y equitativos con sus subalternos; Estabilidad del Personal, una alta tasa de rotación del personal no es conveniente para el eficiente funcionamiento de una organización; Iniciativa, debe darse a los subalternos libertad para concebir y llevar a cabo sus planes, aun cuando a veces se cometan errores; Espíritu de Cooperación, promover el espíritu de equipo dará a la organización un sentido de unidad.

Este autor recomendaba, por ejemplo, el empleo de comunicación verbal en lugar de la comunicación formal por escrito, siempre que fuera posible.

La administración desde la óptica de la Teoría General de Sistemas, está íntimamente relacionada con los procesos comunicacionales. Tal y como afirma un documento de la Organización Mundial de la Salud, fechado en 1975 y el cual tiene como título "Administración de programas de higiene del medio, aplicación de la teoría de los sistemas"^e, la comunicación es uno de los tres procesos esenciales de la actividad administrativa: la toma de decisiones, la evaluación y la comunicación.⁽¹¹⁾ La comunicación está relacionada con todo el quehacer administrativo, se podría decir que es el elemento aglutinador de todas las acciones del proceso administrativo.

1.1.3 Comunicación

Las organizaciones no pueden existir sin la comunicación, ya que sin ésta, es imposible que haya dirección, coordinación entre los departamentos y oficinas dentro de una empresa o institución, ya que sus empleados no sabrían que hacen sus demás compañeros y por lo tanto no existiría cooperación entre todos ellos. La comunicación contribuye al cumplimiento de todas las funciones administrativas, ya sea éstas la planeación, la organización o la integración de recursos.¹² Rodríguez, J. enumera una serie de aspectos mediante los cuales destaca lo importante que es la

d Adam Smith en 1776 publicó su libro "La riqueza de las Naciones", en el que argumentó las ventajas de la división del trabajo para las organizaciones y la sociedad.⁽⁹⁾

e Por su relevancia histórica, este documento publicado por la Organización Mundial de la Salud, vale la pena referenciarlo.

comunicación y que bien son variables a estudiar de la CA:

“La comunicación eficaz reviste importancia trascendental para la administración de las organizaciones; Es un medio unificador por el cual los miembros de una empresa se agrupan para alcanzar objetivos organizacionales; Todos los administradores de cualquier nivel deberán saber la importancia y el valor de la comunicación; Toda acción de un administrador debe incluir un plan de comunicación detallado. El administrador deberá indicar a quiénes afecta la acción, que se les va a decir, cómo, quién y cuándo; La comunicación debe determinar a quién afectará un hecho y, por tanto, a quién debe informarse; Hay que procurar que el supervisor conozca siempre la información antes que sus colaboradores”.¹²

Para los fines de esta investigación, el sustento teórico se basará en el Paradigma Positivista, a partir de las teorías Estructural-Funcionalista de la Comunicación Organizacional (CO), de la cual surge la Comunicación Administrativa Interna (CI) y la Comunicación Administrativa (CA). Estas teorías, desde la perspectiva comunicativa y con base en el contexto en que son aplicadas, pertenecen tanto a los estudios de CO, como a los estudios de comunicación de grupos.⁽¹³⁾ Cabe señalar que proponer un enfoque comunicativo positivista, no quiere decir que se esté excluyendo otros enfoques paradigmáticos o la influencia de otras disciplinas, como la administración, la sociología o la psicología social.

El ubicar la presente investigación en un determinado paradigma y teoría de comunicación de grupo, ofrece la oportunidad de precisar el objetivo de la investigación en un problema específico, en este caso, el estado de la Comunicación Administrativa del área de Cirugía General del Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón” (HRLFN) de la ciudad de Xalapa.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, dentro del Paradigma Positivista, a partir de las teorías del paradigma Estructural-Funcionalistas utilizadas en el estudio de la CO, Macías, G., establece cinco categorías de grupos: grado de cohesión, cultura de grupo, imagen e identidad, eficacia y satisfacción, así como procesos de grupo. Todas estas son de suma importancia para la integración y desarrollo social; para efectos del presente trabajo de tesis se tomará en cuenta la quinta y última categoría, que consiste en la serie de actividades que desarrollan los grupos para cumplir con sus funciones y que van de la mano con la comunicación administrativa propuesta por Flores de Gortari.¹⁴ Dentro de esta categoría considera

cinco actividades grupales:¹³

- A. Sociales: son aquellas prácticas que tienen que ver con la relación de un miembro con otro o entre un grupo y el resto de grupos. Por ejemplo, la incorporación de nuevos miembros al interior del grupo o al sistema de grupos, la integración, la socialización y la exclusión.
- B. Culturales: se refiere a las prácticas encaminadas a formalizar, difundir, adoptar y transformar el sistema socio estructural y el sistema cultural (valores, ritos, mitos...). Por ejemplo, el revisar la finalidad por la que fue creado un grupo y los procedimientos para llevarla a cabo.
- C. Construcción y mantenimiento del grupo: se refiere a las prácticas encaminadas a la creación, mantenimiento y disgregación del grupo. Por ejemplo, abrir una oficina sucursal en una ciudad distinta; sesiones informativas donde se da conocer las actividades de una ONG; asamblea de un sindicato, donde se anuncian las condiciones de quiebras una empresa.
- D. Comunicación/interacción: se refiere a la interacción interpersonal e intergrupar; corresponde a un sistema de comunicación interna (formal e informal) y externa (intergrupar e intercultural); también se incluye la comunicación verbal. Ejemplo de sus procesos son la red de comunicación interna (intranet) e Internet.
- E. Tarea: son aquellas prácticas que se refieren propiamente al cumplimiento de los objetivos y metas del grupo. Por ejemplo, la toma de decisiones, la participación y la resolución de conflictos.

El análisis que se propone, como se puede apreciar, sigue un esquema funcional-estructuralista, por lo que se basará en las actividades grupales del apartado “D” Comunicación/Interacción y “E” la Tarea. Esto, debido a que se realizará un diagnóstico del estado de la comunicación administrativa del área de Cirugía General del HRLFN. Precisando, será analizada la participación en la función comunicacional que desarrollan cada uno de los elementos dentro de esa gran estructura orgánica.

Una vez definido el punto de partida del fundamento teórico, es necesario retomar los aspectos fundamentales de la CA, desde la mirada de las teorías EF del Paradigma Positivista, cuyo concepto más general es: “la comunicación utilizada en las organizaciones, sea de tipo escolar o empresarial, en la que por ser integrada por una gran cantidad de personas, lo más viable es transmitir la información en forma jerárquica, en serie”¹³

Antes de comentar las dimensiones de la CO y sus

aspectos más relevantes, es importante hacer un recorrido histórico de la misma, en el mundo y en México, el que llevará al objetivo principal del presente trabajo de investigación, el cual es un diagnóstico de la comunicación administrativa en del HRLFN, de la ciudad de Xalapa.

La Comunicación Administrativa nace de la Comunicación Interna y ésta, a su vez, de la Comunicación Organizacional, la cual tiene sus orígenes en la Teoría de la Organización. Los primeros estudios directamente relacionados con la CO datan de 1920, año en el que surge la Escuela de las Relaciones Humanas de la Western Electric Company, de Elton Mayo. Esta escuela es producto de la Revolución Industrial de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, cuando comenzaron a surgir grandes empresas, con una creciente diversidad de formas de organización sumamente complejas.^(8:15) Fueron Frederick Taylor y Max Weber, quienes provocaron una revolución en la forma de pensar de los estudiosos de las organizaciones y, a su vez, crearon importantes escuelas y teorías de la CO.

Trelles, I. asegura que fue hasta la década de los años 70 cuando es utilizado por primera vez el concepto de Comunicación Organizacional, enmarcado dentro del término de teoría, cuando aparece publicado el libro Comunicación en la Organización, del especialista Charles Redding.⁽¹⁶⁾

A partir de Taylor y Weber surge la corriente clásica de las organizaciones. Taylor, como es lógico pensar, de manera similar a Weber estableció los principios básicos para un desempeño eficaz y científico del trabajo. Weber^h, buscó determinar formas de organización que fueran útiles para mejorar las relaciones de la sociedad industrial, que se hacían más complejas.^(8:16)

Por su parte Henry Fayol, se planteó como objetivo el sistematizar todos y cada uno de los elementos que

conforman la administración, aportó 14 principios, en los que incorporó ideas y conceptos de algunos de sus contemporáneos.^(8:16)

Más tarde surge la Teoría Humanista, la cual estudia la naturaleza humana, el desempeño del trabajador y como repercute éste en los objetivos de las empresas, lo cual lleva a variables clave tales como: liderazgo, motivación, comunicación y toma de decisiones. Sus principales exponentes son Elton Mayo, como ya se comentó precursor de la CO; Kurt Lewin, generador del interés por el impacto del liderazgo, la comunicación interna, las relaciones entre grupos, la moral, la productividad y la solución de problemas; y Rensis Likert, quien desarrolló el modelo 4Tj de organización.^(8:16) Existieron otros teóricos más para esta escuela, de no menor importancia, como Douglas McGregor y Chris Argyris.

Ya iniciada la etapa de la post-guerra, en la década de los años 50, fue creada la Teoría de Sistemas, en la que se toma en cuenta a la comunicación como moldeadora de los estilos de vida, conformadora de las estructuras y de las redes de comunicación. Esta nueva corriente otorga mucha importancia al papel que juega la información dentro de las organizaciones y la retroalimentación que coadyuva a la evolución de la misma. Sus exponentes fueron E. Trist, Daniel Katz y Robert Kahn.^(8:16)

Una de las corrientes teóricas más recientes es la Teoría del Contingente, la cual estudia la influencia del medio y los contextos, en los estímulos y la respuestas que generan las estructuras y su funcionamiento en las organizaciones.^(8:17) Esta teoría considera que existe o debería existir una estrecha relación entre las demandas del entorno y el cómo responde la organización a esta demanda. Los principales exponentes de esta corriente son Joan Woodward, Tom Burns y G. M. Stalker. Para estos teóricos, es importante vigilar la comunicación interna y externa; en el aspecto interno, se debe cuidar la comunicación entre todas las áreas de una organización y a su vez, lo que se comunica dentro de cada una de ellas, ya que el proceso comunicacional representa un elemento de

f George Elton Mayo, nació en el año de 1880 y murió en 1949. Fue psicólogo y sociólogo de formación, inventor y precursor de la ingeniería industrial. Desarrolló teorías sobre la organización empresarial.

g Frederick Winslow Taylor, nació en 1856 y murió en 1915. Fue ingeniero mecánico, economista de formación y promotor de la organización científica del trabajo.

h Maximilian Weber, nació en 1864 y murió en 1920. Fue filósofo, economista, jurista, historiador, politólogo y sociólogo alemán. Fundador del estudio moderno, antipositivista de la sociología y de la administración pública.

i División del trabajo, autoridad, disciplina, unidad de dirección, unidad de mando, subordinación de interés individual al bien común, remuneración, centralización, jerarquía, orden, equidad, estabilidad del personal, iniciativa y espíritu de grupo.

j El sistema 4T se refiere a los aspectos humanos de una organización, este modelo se basa en cuatro grandes categorías, que son: a. variables organizacionales humanas; b. variables de dirección empresarial; c. variables de diseño de la organización; y d. grado de relaciones entre los empleados de cada departamento de la organización.

integración de las empresas, que cambia día a día.^{8:17}

Por último, la Escuela Neoclásica, que integra elementos de la mayor parte de teorías y modelos teóricos ya existentes, otorga gran importancia a los objetivos buscados y los resultados que se obtienen; el desarrollo de instrumentos y tendencias aplicables al área administrativa.⁸

Ahora bien, estas corrientes teóricas, de la administración y de la comunicación, llevan a reflexionar sobre la importancia de las estructuras administrativas, porque a decir verdad, en el enfoque tradicionalista de la corriente racionalista que concibieron algunos contemporáneos de Taylor y éste mismo, la información operativa dentro de la estructura formal toma matices de especialización de tareas y funciones, basadas en el desarrollo de las reglas y procedimientos escritos de organizaciones, empresas e instituciones, entre las cuales es posible mencionar a las del sector salud.^k

Es por lo anterior que se puede observar como una constante la división de funciones, división de actividades de concepción, control, ejecución o división de tareas de ejecución, dentro de las organizaciones. Pero, también es posible deducir que, en la actualidad, existe una gran complejidad de relaciones entre la organización, las estrategias, las tecnologías, los estilos de administración, la cultura interna de la empresa y el poder. Ante este cúmulo de variables y otras más, que serán explicadas en este mismo capítulo, ya no es posible asegurar que existe un modelo de la organización único e ideal y, mucho menos, un modelo de comunicación que sea considerado en el mismo sentido, ya que uno lleva al otro.

En México, el estudio y la investigación de la comunicación proviene de las prácticas de la enseñanza del periodismo, en escuelas de importante prestigio, tales como la Escuela Carlos Septién García, fundada en el año 1949; la Escuela de Periodismo de la Facultad Nacional de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, fundada en 1951; y la Facultad de Periodismo de la Universidad Veracruzana, fundada en 1954.¹⁸

En 1973, se registran los primeros estudios de la

k Esta es una reflexión del autor, basada en las premisas de las corrientes administrativas y comunicacionales mencionadas líneas arriba.

l Actualmente es Facultad de Ciencias y Técnicas de la Comunicación de la U.V.

comunicación organizacional, como parte de los de enseñanza-aprendizaje y que tuvieron como fuente de conocimientos a la Asociación Mexicana de Comunicaciones Internas (AMCI), la cual tuvo como objetivo principal impulsar la comunicación organizacional de México. Actualmente, con el nombre de Asociación Mexicana de Comunicadores, A.C. (AMCO), es la asociación que tiene afiliada a la mayor cantidad de comunicadores corporativos de México.⁽¹⁹⁾ En este mismo contexto, cabe destacar que un número importante de universidades mexicanas incorporó, en su estructura curricular, a la comunicación organizacional.

El desarrollo organizacional en México se genera, desde finales de la década de los años 60, con la generación de organizaciones gigantescas, que van desde instituciones gubernamentales -cargadas de burocracia-, universidades, gigantescas empresas nacionales -surgidas en los años del modelo económico hacia adentro-, las cooperativas, los sindicatos, hospitales y agrupaciones religiosas. Posteriormente, con la apertura de la economía mexicana, hicieron acto de presencia las grandes transnacionales, con modelos organizacionales y comunicacionales propios de sus países de origen.^{9:18;20-23}

Esta etapa histórica del desarrollo organizacional, con sistemas sociales y organizacionales inmensamente complejos (como las tecnologías de la información y la comunicación), provocaron un cambio del paradigma de la visión de la comunicación organizacional. A partir de los primeros años del presente siglo, en México, se piensa en el proceso de la comunicación organizacional como una herramienta productiva.^{9:18;21;22;24;25}

Ferrer, citado por León G., asegura que en México existen tres tipos de comunicación dentro de las organizaciones: "a) la comunicación interna o intrainstitucional, donde el mensaje fluye en tres direcciones: vertical descendente, vertical ascendente y horizontal; b) la comunicación externa o interinstitucional, que es la que tiene lugar entre las empresas privadas o públicas y otras organizaciones que tienen vinculación con ella, como la prensa, algunas ONG y asociaciones productivas sociales, etc.; y c) la comunicación comercial, cuyo propósito es informar a usuarios o clientes potenciales sobre las características de la organización, sus productos o servicios que venden".¹⁸

Ahora bien, un concepto amplio, que tiene que ver con los componentes comunicacionales mencionados con anterioridad, es: "La Comunicación Organizacional es aquella que, dentro de un sistema económico,

político, social o cultural, se da a la tarea de rescatar la contribución activa de todas las personas que lo integran, operativa y tangencialmente, y busca abrir espacios para la discusión de los problemas de la empresa o institución, esforzándose por lograr soluciones colectivas que benefician al sistema y que lo hacen más productivo".¹⁵

De la CO se desprende la Comunicación Administrativa, la cual cuenta con tres dimensiones: la Comunicación Interna Formal (CIF), La Comunicación Interna Informal (CII) y la Comunicación Externa Formal (CEF).

La Comunicación Interna Formal (CIF), se lleva a efecto con la transmisión de mensajes entre los miembros de una organización, por medio del uso de órganos y medios institucionales, entre ellos boletines, folletos, memorándum, circulares, correo electrónico e intercomunicadores.⁽²⁶⁾ Ésta es la comunicación que sigue la cadena de mandos dentro de una organización de acuerdo con los planes laborales, la misión, visión y objetivos de la misma, con el propósito de realizar un trabajo específico.⁹

La Comunicación Interna Informal (CII), se lleva a cabo a través de pláticas privadas e interrelaciones sociales, que no forma parte de la jerarquía estructural de la organización, pero que permite la interacción social de los empleados y mejora el rendimiento de una organización con el surgimiento de canales alternativos de comunicación.⁹ Sin embargo, de estas interrelaciones surgen los rumores y chismes.^{8:26} Estos forman parte de la comunicación no prevista, no estructurada, proveniente del anonimato o de fuentes no precisas. ¿Por qué surgen los rumores? Surgen ante la necesidad de contar con información, cuando las organizaciones son incapaces de transmitir información veraz y oportuna, entonces el rumor encuentra tierra fértil para propagarse.²⁶

La Comunicación Administrativa hace posibles los logros de las organizaciones y empresas, porque en el proceso se constituye un intercambio de mensajes que permiten, a través de sus indicadores, observar sus efectos: las conductas de tarea (redes de actividades) y las conductas de relación (redes de comunicación).²²

La CA, la cual constituye un patrón organizador de interacciones, se adecua a dos tipos eventos o acontecimientos: los acontecimientos de tarea (lo que acontece a los hombres como sujetos de actividades productivas) y los acontecimientos de relación humana

(informativos y comunicacionales).²²

En cuanto a la primera dimensión, la tarea de los miembros de una organización o actividad productiva, es una forma característica de relación que conlleva un proceso de comunicación. El contenido comunicacional de sus eventos son los hechos, los procesos y el cómo conocer las actividades ritualizadas, las que se llevan a cabo día a día, sin cambio alguno en el proceso. A esa dimensión pertenecen las comunicaciones internas rutinarias que "suelen ser simples, lógicas y racionales, directas, concisas, frías y muy previsible. Puede decirse que estas comunicaciones son las características del sistema formal".²²

En cuanto a la segunda dimensión, la de los acontecimientos de relación humana, informativos y comunicacionales, su contenido preferente son las ideas, las creencias, las opiniones y los valores; en suma, la cultura. A esta dimensión pertenecen las comunicaciones no rutinarias, que dan lugar a las noticias o información con riesgos de ambigüedad y malentendidos, comúnmente impregnadas de afectividad y sorpresas, mismas que a su vez pueden provocar tanto un trabajo eficiente como un trabajo con obstáculos. Definitivamente, estas, como ya se consignaba anteriormente, son comunicaciones del sistema informal.^{22:26}

Ahora bien, la CIF fluye de diversas formas, lo cual permite el entretendido de redes. La comunicación puede fluir de arriba hacia abajo, cuando existen el interés de los mandos superiores y medios por informar, dirigir, coordinar, evaluar, dar a conocer objetivos, políticas y procedimientos de la organización o simplemente para describir el trabajo a ejecutar.⁹

La comunicación también fluye hacia arriba, cuando los empleados reportan o informan avances de la ejecución de los trabajos o el cumplimiento de los objetivos. Este es un flujo de comunicación que permite, a los mandos superiores, obtener información de cómo se sienten los empleados, del rendimiento de la empresa y de nuevas ideas que permitan el mejor desarrollo de la misma. El grado de la comunicación hacia arriba depende de la confianza y de participación que la dirección o gerencia, hayan creado dentro de la organización.⁹

La comunicación lateral, es la que se realiza entre empleados que están en el mismo nivel de jerarquía en la organización y, en muchas ocasiones, "ahorra tiempo y facilitan la coordinación", por la rapidez con la que se lleva a cabo,

pero esta crea conflictos si los empleados no reportan a sus superiores sobre la toma de decisión y acciones.⁹

La comunicación diagonal, es la que se da entre las áreas de trabajo y niveles organizacionales, lo que permite la rapidez de los mensajes, su eficiencia, pero que puede crear conflictos en la empresa, si al igual que en la comunicación lateral, no se mantiene informados a los mandos superiores.⁹

Estos flujos de comunicación permiten la formación de redes de comunicación, entre las cuales son identificadas tres tipos de redes: la red de cadena, en la que la comunicación fluye de acuerdo a la cadena formal de mando dentro de una organización; la red de rueda, en la que la comunicación fluye entre un líder claramente identificado con el resto del equipo de la organización; por último, la red de todos los canales, en la que la comunicación fluye libremente entre todos los miembros de una organización o empresa.⁹

De acuerdo a la teoría EF, la organización funcional se caracteriza por el hecho de que cada persona está encargada de llevar a cabo tareas y funciones específicas. El mal funcionamiento de alguno de sus miembros puede provocar problemas en el desarrollo de la estructura organizacional. Conforme las organizaciones han evolucionado, se ha visto la necesidad de integrar y coordinar acciones, entre todas las áreas que forman parte de la estructura organizacional, con el propósito de que la empresa y/u organización funcione de manera adecuada, en este sentido la comunicación interna juega un papel de suma importancia.²²

La CI debe ser concebida como un proceso interactivo, en el que participen todos los miembros de una organización. No se trata, simplemente, de establecer mecanismos de transmisión de órdenes e información descendente, sino de provocar un proceso de mutuas aportaciones, entre directivos, mandos medios y empleados. Todo ello sólo puede darse en el marco de un clima laboral positivo, de respeto y colaboración.²⁷ Pero, la comunicación interna no puede darse bajo la ausencia de la comunicación externa. Lo que podría ser calificado como la simbiosis entre la comunicación interna y externa debe ser total, no se puede separar una de la otra. La comunicación interna no puede convertirse en un conjunto de órdenes e informes para acciones específicas, sin que afecte los resultados del proceso de la CE.

Bermillón y Cerutti, citados por Larrea, consideran que

los objetivos de la CA deben ser claros y conocidos por todos. Por otro lado, la empresa debe utilizar los medios de comunicación interna de que dispone: notas y carteles; círculos de calidad, entrevistas o trabajos en grupo; encuestas de opinión; participación de los directivos en los seminarios de formación; reuniones y visitas a talleres informales; representantes del personal; reuniones de información ascendente y descendente.²⁷

Cuando la CA no se lleva a cabo de una manera correcta o existen barreras en su desarrollo, esto puede provocar una serie de problemas entre los miembros de la propia organización; confusión entre comunicación e información; ausencia de objetivos claramente definidos; ausencia de un proyecto movilizador; mala interacción entre emisores y receptores de los mensajes; no tener en cuenta al conjunto del personal; ausencia de motivación; y ausencia de un clima de confianza.²⁷

¿Cómo se puede determinar el buen o mal desarrollo de la Comunicación Administrativa en una organización?, la respuesta es sencilla, a través de un diagnóstico de la comunicación. De acuerdo a Mazzola, citada por Cabrera: "El diagnóstico es básicamente un trabajo de campo, en el que se busca conocer los hábitos de comunicación de la gente, qué canales prefieren, quienes son los líderes de opinión y qué códigos utilizan, cuales son sus redes de comunicación, etc. Sin diagnóstico el Plan de Comunicación Administrativa es estéril".²⁸

La mayor parte de los autores, mencionados en este trabajo, coinciden en que para la realización de un diagnóstico, es importante entender a la gente, porque en ella está parte del éxito de un plan de comunicación; se tiene que escudriñar y comprender el lenguaje y códigos que maneja la misma gente, reconocer cuales son los canales de comunicación que más utilizan y mejor funcionan, sus gustos, etc.²⁸

De acuerdo a lo anterior, es importante mencionar que Joan Costa, citado por Acosta, afirma que: "todo lo que hace la empresa, lo publique o no, es comunicación. Ésta es el sistema nervioso central de la empresa, el que controla toda su actividad interna y sus relaciones con el entorno. En la comunicación, lo importante no es el que habla, sino el que escucha. La empresa debe adaptarse a sus públicos. Tiene que entender cuál es su lenguaje, sus códigos, sus expectativas, su cultura, sus motivaciones y sus deseos".²⁸ Es de suma importancia, no dejar de lado cualquier aspecto de

los elementos o factores que condicionan la comunicación en una organización, ya que de acuerdo al modelo de comunicación de Shannon y Weaver, los problemas de comunicación se pueden generar a partir de los elementos comprendidos en los siguientes tres niveles o dimensiones.²⁹

NIVEL A

Problemas Técnicos: Se refieren a la exactitud con que pueden ser transmitidos los símbolos de la comunicación, a través de los canales adecuados y bajo el sistema de signos apropiados.

NIVEL B

Problemas Semánticos: Se refieren a la coherencia existente entre lo que se transmite y lo que se desea transmitir.

NIVEL C

Problemas de Efectividad: Se refieren a la coherencia entre las intenciones del emisor y la conducta del receptor.

García J., considera que toda empresa u organización tiene la influencia de variables exógenas, las que deben ser tomadas en cuenta para el diagnóstico de la situación de la comunicación interna, ya que estas representan factores que determinan el desarrollo, evolución y funcionamiento de una organización o, que a su vez, representan una amenaza, desafío y hasta oportunidades para la misma.²²

Dentro de ese contexto, se consideran como variables el entorno social y el entorno institucional; el primero, definido como el ambiente que rodea a la organización y que es consecuencia de las relaciones de los diferentes factores, en los que se pueden mencionar los medios de comunicación, las actividades socioculturales y las iniciativas sociales;^{22:30} y el segundo, el entorno institucional, definido como las relaciones que una organización mantiene con los departamentos o direcciones, los que tienen en su poder la toma de decisiones y de representaciones, apoyadas en el uso de la Comunicación Interna y de la Comunicación Administrativa y, que tienen relación con la misión, visión, valores, objetivos y políticas de la institución.^{22:30} El presente trabajo no estudiará las variables socioculturales, debido a que el objetivo de la investigación es el de diagnosticar el estado de la comunicación administrativa, la cual

tiene que ver con aspectos internos.

De Gortari, al explicar las dimensiones de la CA: Comunicaciones Internas y Comunicaciones Externa, asegura que las primeras son todos los mensajes que cursan dentro de la vasta red de la estructura de la institución con motivo del ejercicio de los puestos; para realizar funciones normales del organismo de que se trata, o asumir tareas extraordinarias directa o indirectamente con la marcha de las operaciones; y cuando el transmisor y el emisor pertenecen al grupo de la propia institución.³¹ Éste último punto es de suma importancia, ya que tendrá que ver con la aplicación de los criterios para la selección de la muestra.

Uno de los propósitos, tanto de la CI como de la CA, es el de la captación y el orden. La comunicación concebida de esta forma, supone un esquema unidireccional, transmitiendo estímulos comunicativos en busca de respuestas funcionales, y el feedback está considerado como mecanismo de control para la fuente. Ahora bien, existe también una fórmula conductista común a todos los factores humanos que intervienen en el proceso de la comunicación interna y administrativa: "emisores (empresa, directivo, etc.) que envían mensajes (información) a través de determinados medios (soportes físicos en función del o de los objetivos) a destinatarios-receptores (personal, subordinados, etc.)."³²

Tomando en cuenta lo expuesto hasta este momento, de acuerdo al modelo de comunicación EF de Shannon y Weaver, así como de los postulados de García J., destacan para el estudio del proceso comunicacional administrativo de una organización las siguientes variables: Fuente de información, mensaje, transmisor, señal, fuente de ruido, receptor y destino.

Abraham Nosnik, considera que la comunicación organizacional es un proceso en el que participan tres dimensiones: la primera conocida también como el nivel Lineal, el cual es el más básico, en el se registra la producción y la transmisión de la información a sus diferentes destinatarios, negando la posibilidad de la retroalimentación; en segundo lugar, se encuentra el nivel Dinámico, en el que se da el consenso del significado de los mensajes transmitidos y recibidos, con el propósito de medir la efectividad de los contenidos de los mismos, tanto en quienes transmiten los mensajes originales como en quien los reciben; el tercer y último componente, tiene que ver con el Cumplimiento de los objetivos superiores comunes, la retroalimentación, en la que se comparte la interpretación

de la información y el significado de los mensajes.³³

Según Annie Bartoli, citada por Martín,³² la organización funciona como un sistema cuyos componentes se interrelacionan, de tal manera, que resulta imposible analizar en detalle sólo uno sin examinar los demás componentes del funcionamiento. Las variables de funcionamiento, según esta línea, son: estrategia, estructuras, cultura y comportamientos. Sin embargo, el presente trabajo sólo se basará en la información relacionada con estrategia y estructura arrojada por el diagnóstico. En este sentido, se habla de un "plan de comunicación", que apunta a "concretar la relación entre comunicación (como medio) y estrategia (como vector de objetivos). Por eso, aclara que "la comunicación en y sobre la empresa no podría encararse sin relacionarla con las finalidades primeras de la empresa, que son (o debieran ser) sus orientaciones estratégicas".³²

El presente estudio tiene por interés describir el acto de comunicación en su ámbito de la administración, en relación con los procesos laborales dentro del servicio de Cirugía General del HRLFN; dicho en otras palabras, estudiar el proceso de la comunicación bajo dos marcos de referencia, estructura y función. El propósito del presente trabajo es el de proponer un plan de comunicación, para el mencionado servicio de cirugía, que oriente a una comunicación productiva y que pueda ser aplicado al resto de las áreas de servicio del hospital, tal y como lo propone Nosnik para todo tipo de organización.

La comunicación y, en concreto, la comunicación productiva tienen que ver con tres capacidades y actitudes de quienes participan en ellas: la capacidad de informar y la actitud egocéntrica; la capacidad de comunicarse y actitud empática; y la tercera es la capacidad de alineación y la actitud de receptividad. La capacidad, en materia de comunicación, refieren al grado de eficiencia que un individuo o institución, como sistema, alcanzan al cumplir con sus metas, objetivos y fines con el menor costo posible; actitud de comunicación se entiende como la disposición que tiene, un individuo o una institución respecto, a la creación y el intercambio de información con otros individuos e instituciones.³⁴

La primera, la capacidad de informar, se acompaña de la actitud "egocéntrica", estas se encuentran ubicadas en el primer nivel de comunicación que conocemos como lineal.

La segunda capacidad se conoce como "la capacidad de comunicarse con los demás" y está relacionada

con la actitud "empática", ambas forman el segundo nivel de comunicación conocido como dinámico.

La tercera es la capacidad productiva y está compuesto por la capacidad de "alineación" y la actitud de "receptividad".

Cuando en una organización se logra amalgamar, en un sólo propósito, estos tres componentes, se alcanzan importantes metas relacionadas con los objetivos de la institución o empresa de la que se trate.

Una vez establecido todo este marco teórico de la comunicación organizacional, de la comunicación interna, y en especial, de la comunicación administrativa, materia de estudio del presente trabajo, en el que se establecen antecedentes históricos, desarrollo de las corrientes teóricas y metodologías, entre otras cosas, es conveniente analizar el por qué la importancia del diagnóstico de la Comunicación Administrativa en una organización prestadora de los servicios de salud, en este caso del HRLFN.

Existen dos perspectivas para la realización de un diagnóstico de la comunicación dentro de una organización. La primera se lleva a cabo desde la línea de la disciplina de la administración pero que contempla el aspecto comunicacional y, la segunda, desde la mirada propiamente de la comunicación organizacional.

Desde el plano administrativo, el diagnóstico organizacional estudia los siguientes aspectos, mismos que son mencionados por León, A. :

a) El proceso natural de crecimiento de la organización; b) El proceso natural de deterioro de la organización, donde es posible ver envejecer a su personal, sus equipos, sus edificios; c) La empresa ha decidido encarar el problema de la productividad y la calidad; d) La organización ha sido sometida a cambios de importancia y requiere del diagnóstico, para conocer el impacto y los cambios en los diferentes sectores y subsistemas en donde incidió para futuros planes o programas; y e) La organización requiere conocer su propia cultura, desea mejorar su clima o el flujo de mensajes y procesos de comunicación dentro de la organización.¹⁸

Desde la perspectiva de la investigación descriptiva, Goldhaber, G., propone el uso de la encuesta para identificar la eficacia de los canales de comunicación dentro de una organización, pero sin dejar de tomar

en cuenta al sistema de comunicación, en su conjunto, para poder analizar, en un segundo paso, las actividades de comunicación específicas.⁽³⁵⁾ De esta forma, se da respuesta a las investigaciones que tienen por objetivo el diagnóstico general de la comunicación y a las que buscan indagar sobre temas en específico, por ejemplo, como se lleva a cabo la comunicación entre el Jefe del Área de Cirugía General y el personal del Área de Quirófanos, del HRLFN.

1.2 Glosario Conceptual del Marco Teórico

Fuente de información: "Principio, fundamento u origen de una comunicación".³⁰

Mensaje: "Factor del proceso de la comunicación, constituido por un enunciado o varios, que forma el emisor, mediante la selección correcta y combinación acertada de los signos del código lingüístico".³⁰

Transmisor: Medio que genera y emite las señales en un sistema de comunicación; persona que genera los mensajes.³⁰ Variable que no ha perdido vigencia debido a la aparición de nuevas tecnologías de transmisión de mensajes, voz y datos.

Señal: "Energía transmitida desde un sistema físico a otro, en el proceso de comunicación".³⁰

Fuente de ruido: "Ondas sonoras inarticuladas y desagradables auditivamente. Aplicado al registro de sonido, hace referencia a toda clase de inducciones, ecos, resonancias o parásitos que empañen su pureza".³⁰

Receptor: "En comunicación, es el que recibe y decodifica el mensaje a través de un medio, es sinónimo de lector, oyente, espectador o televidente, a todos los cuales engloba como parte de la audiencia".³⁰

Destino: "Lugar al que se dirige un mensaje".³⁰

Comunicación Formal: Se configura con el conjunto de relaciones teóricas y abstractas que existen entre los puestos (división del trabajo), los cuales se identifican como unidades de trabajo, específicas e impersonales. Tienen asignado un conjunto de actividades que deben realizarse con la asunción de la autoridad y responsabilidades consiguientes; suponen ciertos conocimientos, capacidades y aptitudes en el sujeto que ocupa el puesto.

Comunicación Informal: Surge de las relaciones diarias de las personas, con independencia del desempeño laboral propio del cargo de los participantes del proceso comunicacional, dentro de la estructura organizacional.

Perfil diferenciado de los segmentos representativos del público interno: Que son los sujetos/objetos de la comunicación, entre ellos la alta dirección, mandos medios, técnicos y empleados.²²

Elementos definitorios de la empresa: Identidad, filosofía, personalidad, diseño y cultura corporativos.²²

Variables de la organización: Pluralidad de niveles, complejidad, órganos de línea y órganos de staff.²²

Variables de las áreas de origen y de aplicación de la comunicación: Dirección, administración, gerencia, recursos humanos, departamentos operativos.²²

Barreras comunicativas: En el proceso de la comunicación interpersonal, dentro de las organizaciones, es común observar fenómenos de distorsión de los mensajes, en su trayectoria a través de los flujos y redes comunicacionales. A este fenómeno se le conoce como Barreras de la Comunicación y consta de cinco componentes: filtrado, emociones, sobrecarga de información, defensa, lenguaje y cultura nacional.⁹

El Filtrado: consiste en la manipulación deliberada de la información para que parezca más favorable al receptor; Emociones: consisten en la manera en que un receptor de los mensajes se siente al recibir la información y como la interpreta; Sobrecarga de Información: se da cuando esta excede nuestra capacidad de procesamiento de la misma; Defensa: es visible cuando transmisores y receptores del mensaje, al sentirse amenazados, reducen su habilidad para lograr una comprensión mutua; Lenguaje: es frecuente que las personas manejen diferentes expresiones idiomáticas o jergas, que otorgan significados distintos a las palabras; y Cultura Nacional: se refiere a la forma de conducir la comunicación de acuerdo a los valores culturales de las organizaciones en cada país. Existen países en los que dan más importancia a la comunicación interna formal, a través de los medios tales como memorándum, circulares y comunicados, mientras en otros, es más propicia la comunicación interpersonal informal.⁹

Comunicación hacia abajo: es cuando los mensajes dentro de una organización fluyen de los mandos

superiores hacia la base trabajadora.⁹

Comunicación hacia arriba: es la que se da cuando los empleados reportan o informan avances de la ejecución de los trabajos o el cumplimiento de los objetivos.⁹

Comunicación lateral: es la que se realiza entre empleados que están en el mismo nivel de jerarquía de la organización.⁹

Comunicación diagonal: es la que se da entre las área de trabajo y niveles organizacionales, lo que permite la rapidez de los mensajes.⁹

Red de cadena: es por la que la comunicación fluye de acuerdo a la cadena formal de mando, dentro de una organización.⁹

Red de rueda: es por la que la comunicación fluye entre un líder claramente identificado, con el resto del equipo de la organización.⁹

Red de todos los canales: en la que la comunicación fluye libremente entre todos los miembros de una organización o empresa.⁹

1.3 Marco Contextual y Jurídico

Fundado en 1820, como centro de asistencia social, a cargo de la orden religiosa de las madres recogedoras, el actual Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", inició sus trabajos con la denominación de Hospital Civil el día uno de marzo de 1862. En su devenir histórico ha consolidado su importancia como institución de salud, no solo en la región sino en todo el estado, ya que es el hospital en funciones más antiguo del estado de Veracruz.³⁶

En 1862 es nombrado "Hospital Civil" y así se mantuvo hasta 1956, cuando el Lic. Marco Antonio Muñoz, entonces gobernador del estado, lo nombra Hospital "Dr. Luis F. Nachón", en honor a este eminente médico que fue uno de los directores del hospital.³⁶

Este centro nosocomial formo parte de la Dirección General de Asistencia Pública y, en ese entonces, fue el hospital de referencia en atención médica para todo el estado, hasta la aparición del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" (CEMEV), ubicado también en la ciudad de Xalapa. A finales de siglo XX, se crea la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, a la que se integra la Dirección

General de Asistencia Pública, pasando así este hospital a formar parte de esta nueva Secretaría.

Apartirde que la federación descentralización los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Veracruz en 1997, se crea el organismo público descentralizado llamado Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), al cual se integra el hospital a través de la Subdirección de Atención Médica, misma que en 2007 se convierte en Dirección General. Con todos estos cambios realizados en el hospital, que inició con funciones asistenciales de carácter eclesiástico, en la actualidad brinda atención de segundo nivel, ofreciendo veintiocho especialidades médicas, entre otros servicios.³⁶

Durante este tiempo, el HRLFN, ha sufrido diversas modificaciones en su estructura física, capacidad resolutive y organización para la prestación de servicios. Además, ha estado integrado en diferentes tipos de instituciones públicas y, por ende, sujeto a políticas y directrices propias de cada una.³⁶

En cuanto a las citadas directrices es conveniente destacar que, como hospital de segundo nivel de atención médica, actualmente está incorporado a la Subdirección Hospitalaria de la Dirección de Atención Médica, que a su vez depende de la Dirección General de los SESVER y, por tal motivo, debe cumplir y hacer cumplir todas las disposiciones legales del sector salud.

Es así que, las actividades sustantivas de esta institución hospitalaria están regidas, en primera instancia, por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y, en segundo lugar, por la Constitución Política del Estado de Veracruz, así como por Leyes, Reglamentos, Convenios, Decretos y Acuerdos cuyo listado se anexa al contenido del presente trabajo.

Gran parte de estas directrices y los convenios que han sido suscritos por las instancias federales y estatales, se encuentran referidas al contenido de los Programas Nacional de Salud 2007-2012 y Sectorial de Salud del Gobierno del Estado de Veracruz.

El HRLFN, además de prestar servicios de salud, ha sido pilar en la formación de recursos humanos para el campo de la salud. Ha sido actor y autor de la historia de los servicios de salud en el estado, evolucionando con ella en su estructura y desarrollo.

La filosofía Institucional del HRLFN describe la postura y

el compromiso que tiene la institución con relación a su perfil de servicios. Esta definición incluye la declaración de principios y es marco de referencia de la misión y la visión. Es a través del cumplimiento de la filosofía institucional donde se manifiesta la integridad ética-moral de la institución, además de su compromiso con la sociedad, los cuales están plasmados en su objetivo:³⁶

Misión

"Somos un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiere y, en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos para la salud".³⁶

Visión

"Ser un hospital de especialidades certificado, que proporcione seguridad a sus usuarios, con una cultura organizacional de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, con sentido humano y ética, que brinden una atención médica de excelencia; a través de la generación y transmisión de conocimientos".³⁶

Valores

"Actitud de servicio, alto sentido humano, compromiso social, comportamiento ético, excelencia, innovación continua, trabajo en equipo y, lealtad y sentido de pertenencia".³⁶

Objetivo general del Hospital "Dr. Luis F. Nachón

"Como parte del Sistema Estatal de Salud, brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último".³⁶

Objetivos específicos ³⁶

1. "Cubrir al 100% los requisitos de Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) de los Servicios de Salud en la atención brindada a los usuarios"
2. "Inducir y sensibilizar al puesto al 100% del personal"
3. "Lograr el sentido de pertenencia del personal, mediante la motivación y el reconocimiento de logros que contribuyan al desarrollo del hospital"
4. "Ampliar o actualizar los conocimientos del personal"
5. "Difundir y operar programas prioritarios de salud y

académicos, dentro y fuera de la institución, como parte del Sistema Estatal de Salud"

6. "Participar en la formación de recursos humanos para la salud"

Política de Calidad

El personal del HRLFN está comprometido a implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos, para el cumplimiento de los objetivos en las áreas de asistencia enseñanza e investigación, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes y familiares. El cumplimiento de estos objetivos, le permite contar con un Modelo de Gestión de Calidad que proyecte al hospital a nivel de clase mundial. Para lograrlo, la dirección del hospital se compromete a:³⁷

- Poner a disposición del Sistema de Gestión de Calidad los recursos necesarios para su cumplimiento.
- Fomentar, en todos los trabajadores, la idea de que cada uno de ellos es responsable de dar calidad en su puesto de trabajo.
- Que todo el personal conozca, cumpla y desarrolle lo que establece el Sistema de Gestión de Calidad.
- Establecer objetivos coherentes con esta política, por parte de las distintas jefaturas.
- Tomar como referente el Modelo de Gestión de Calidad, centrado en el usuario y basado en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales: la percepción del cumplimiento de los requisitos establecidos.

Esta institución, cuenta con quince políticas generales en las que se establece la importancia de los pacientes y sus familiares para los trabajadores de la misma. En estas políticas queda asentado que el hospital reconoce a su personal como el recurso humano más valioso de la organización. También destaca la obligatoriedad de los trabajadores por llevar a cabo sus actividades aplicando el código de ética, garantizando con esto el trato humano y profesional a cada paciente.

Aspecto de suma importancia para las bases de esta investigación, es que en las políticas generales el hospital finca su compromiso de participar en la formación y desarrollo de los recursos humanos para la salud y que los trabajadores deben comprometerse a conocer, tener conciencia y cumplir con el reglamento, la filosofía institucional, los objetivos y las políticas del hospital y de SESVER.

Este último aspecto será de gran importancia en la investigación del grado de conocimiento de la filosofía

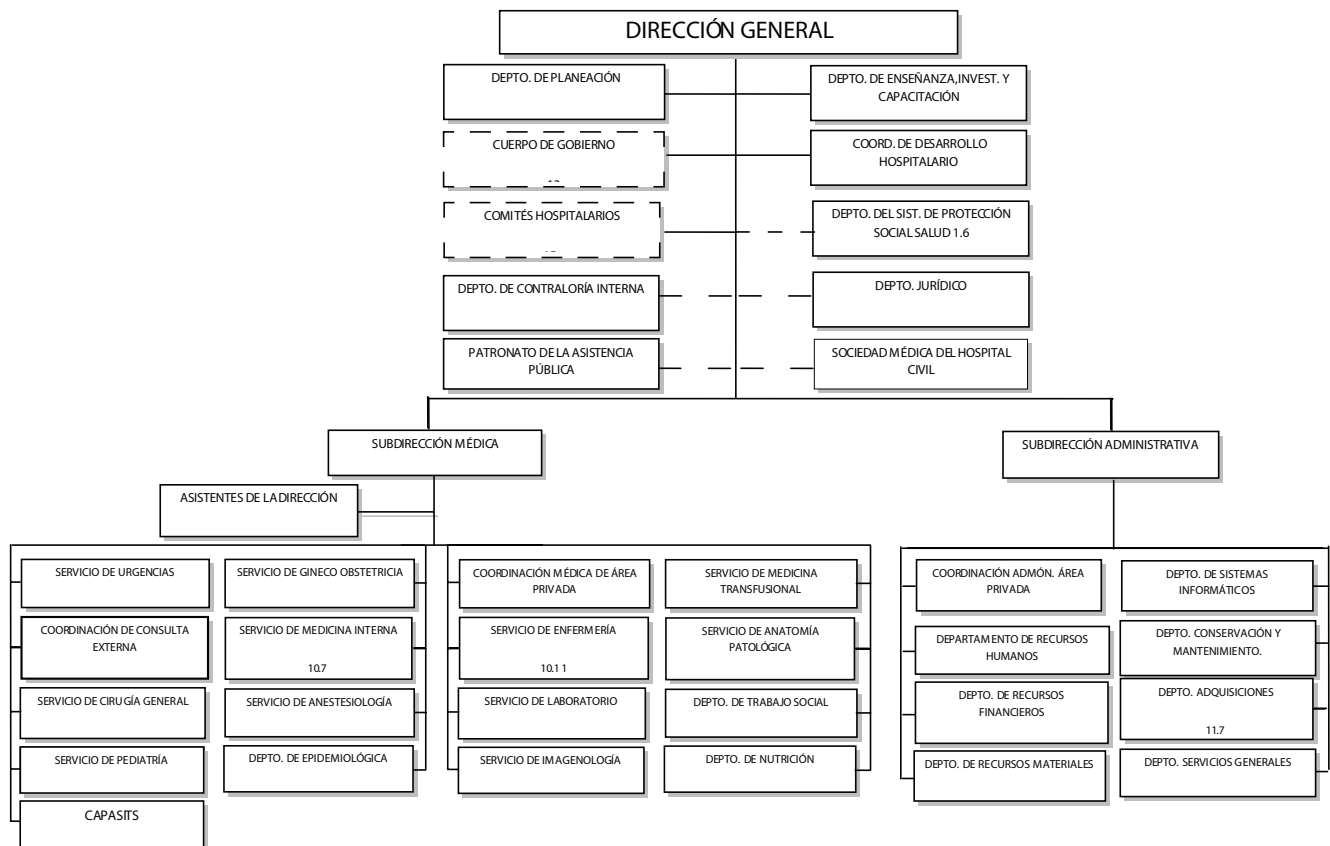
institucional de la institución, ya que si el presente estudio revela que no es conocida, desde ahí podría haber fallas en la Comunicación Administrativa.

Organigrama

El HRLFN cuenta con un organigrama, recientemente actualizado como resultado del proceso de Gestión de Calidad, mencionado líneas arriba. Este organigrama está compuesto por una Dirección General, con diez departamentos de staff y dos subdirecciones: Médica y Administrativa. De la subdirección médica dependen 17 áreas de servicio, coordinaciones y departamentos, perfectamente identificables. De la subdirección administrativa dependen ocho coordinaciones y departamentos. Ver el organigrama que se muestra a continuación.³⁶

El citado hospital, cuenta con 22 médicos generales de los cuales 15 son de plaza estatal y 7 de plazas nuevas, y 83 médicos especialistas de los cuales 71 son de plaza estatal y 12 de plazas nuevas.³⁶

Organigrama del Hospital Regional "Luis F. Nachón" de los Servicios de Salud de Veracruz.³⁸



El Hospital Regional "Luis F. Nachón" da servicio a 2 jurisdicciones sanitarias que atienden a 49 municipios del centro del estado, que representan una población potencial de 1 millón 548 mil 466 habitantes y una cobertura específica para 929 mil 758 veracruzanos de la zona centro de Veracruz. Estos pobladores reciben atención en 9 hospitales de segundo nivel de SESVER; 4 hospitales de especialidad de Xalapa; 218 unidades de primer nivel de las cuales 137 corresponden a los SESVER y 81 al IMSS Oportunidades.³⁶

El HRLFN ha puesto en marcha un Plan de Desarrollo Hospitalario (PDH) cuyo objetivo general es el de conocer la organización formal e informal que opera en el hospital y proponer, aplicar y evaluar un Programa de Desarrollo Organizacional, a través de la implantación de un Modelo de Gestión de Calidad, que conduzca a la Certificación ante el Consejo de Salubridad General y a transitar hacia una Organización de Clase Mundial.³⁶

El PDH se ha fijado diez líneas de acción las cuales se citan a continuación: Conformación de una Coordinación de Desarrollo; Sensibilización y capacitación a directivos; Plática informativa a todo el personal sobre el hospital y su certificación; Taller a directivos y operativos sobre Carpeta de Gestión de Calidad; Mesas de trabajo; Tareas para el cumplimiento de los criterios de evaluación de estructura; Tareas para el cumplimiento de los criterios de evaluación de procesos y resultados; Evaluación de indicadores Auditorías internas; y Líneas estratégicas, dentro de la cual se encuentra el fortalecimiento de la Comunicación Organizacional. Cabe destacar que la Comunicación Administrativa forma parte de la CO y al fortaleciendo a la primera se lograrán los objetivos del PDH.³⁶

1.4 Marco Empírico

Las organizaciones sociales tienen su propia cultura que las identifican, caracteriza, diferencia y les da imagen; esta cultura las comparte con los miembros de la misma organización a través de la comunicación. Por tal motivo, es importante la CO y las dimensiones en las que está compuesta, ya explicadas líneas arriba. Esta comunicación reviste una gran importancia, porque en ella entra en juego una serie de elementos que deben ser tomados en cuenta para su estudio.

Es por eso que se llevan a cabo investigaciones relacionadas con la CO, la CI y la Comunicación Administrativa en empresas, instituciones públicas y privadas, así como en organizaciones no gubernamentales. Estas tienen como fin, el conocer como se lleva a cabo el proceso de la comunicación y sus efectos.

Como ya se comentó previamente, la comunicación intraorganizacional es conocida también como comunicación interna, pero, es importante comentar que de ésta última se desprende la comunicación administrativa. En la búsqueda de evidencias empíricas de investigaciones relacionadas con la comunicación administrativa, pocos fueron los hallazgos; sin embargo, si fueron encontradas evidencias empíricas de la Comunicación Interna. Recordemos que la Comunicación Interna y la Comunicación Administrativa están íntimamente relacionadas. Para esto se recurrió al apoyo de metabuscadores de la red, tales como Scirus, un motor de búsqueda sólo para información científica; Google académico, meta buscador para información académica; Redalyc, la Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; Yahoo, buscador del tipo comercial, así como el programa de

administración de referencias bibliográficas; Reference Manager versión 11, el cual realiza búsquedas en redes universitarias, PubMed y redes científicas, pocos fueron los hallazgos logrados, lo cual demuestra la necesidad de estudiar aún más este tema.

También se recurrió al motor de búsqueda de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, pero los resultados obtenidos no fueron tan satisfactorios para la incorporación de la información en el presente trabajo.

Esta evidencia empírica, resultado de estudios relacionados con el planteamiento teórico de esta tesis, serán expuestos a continuación.

En la intensa búsqueda se recurrió al uso de palabras clave Comunicación Intraorganizacional, Comunicación Interna y Comunicación Administrativa. Los resultados demostraron que la mayor parte de los estudios hacen uso del segundo término con más frecuencia. También, se pudo constatar que en los países donde más se llevan a cabo investigaciones relacionadas con la comunicación y, en especial, con la comunicación interna son países sudamericanos, Estados Unidos e Italia. Sin embargo, muchos de estos estudios no están relacionados con los objetivos de esta investigación.

1.4.1 La Necesidad de Asesoramiento en Hospitales, el caso de Italia.

Esta es una de las evidencias empíricas de tesis realizadas en el 2005, en una institución educativa italiana y cuyo artículo es firmado por Daniele Masini. Este estudio tiene un componente comunicacional que es analizado en hospitales de ese país y su título es: "Il Bisogno Di Counseling In Ospedale", La Necesidad de Asesoramiento en Hospitales⁽³⁹⁾ "Este trabajo sostiene la tesis de que en los hospitales la teoría cuenta poco; la comunicación eficaz es aquella que se enfrenta con la realidad y se modula a la exigencia, siempre nueva, de la realidad de los hechos. Y, refiriéndose al objeto de estudio de su tema, afirma que el consejero en salud pública debe ser capaz de adaptarse continuamente a las contingencias, con un esquema de referencia que le permita interpretar la realidad de manera sencilla y rápida".

Como es fácil observar, esta evidencia empírica está relacionada con consultores de salud en hospitales italianos, los cuales tienen que hacer uso de recursos comunicacionales, pero que poco o nada se refiere a la CO y, como se ha podido comprobar, hace a un lado el

sustento teórico.

1.4.2 El Caso de la Banca Comercial en Venezuela

La Banca Comercial en Venezuela, es un ejemplo del papel protagónico que debe desempeñar la CO, sobre todo si se toma en cuenta que, en la última década, se han registrado enormes cambios culturales en ese país sudamericano. Un ejemplo es la adquisición del Banco Consolidado y del Banco del Orinoco por parte del Corp. Group conformado por capital mixto, chileno en su mayoría. Otro ejemplo es el Banco de Venezuela; empresa objeto de esta investigación, la cual fue adquirida por capitales españoles a través del Grupo Santander.²⁹

Esta investigación, acreditada a Hectony Contreras y auspiciada por la iniciativa privada en 1996, toma en cuenta teorías funcionalistas, como la del Campo de Fuerza de Kurt Lewin, en la cual explica la presencia de fuerzas impulsoras y moderadoras del cambio en una organización.

Como fundamento teórico, además de la anterior teoría, incorpora algunos sustentos teóricos de cambio, sumado a teorías tanto de la comunicación como proceso de comunicación a través de la semiótica.

Así, la investigación en mención hace surgir el interés por un modelo en el que coloca a la CO como centro para impulsar el cambio, producto de una adquisición.

A este modelo el autor lo ha denominado: Modelo de Gestión de Comunicación para el Cambio Organizacional, que sumado a la gestión de comunicación de la empresa estudiada, permitirá visualizar los elementos esenciales a tomar en cuenta en materia de comunicación, bajo un contexto de cambio organizacional. El trabajo en mención se formula la siguiente pregunta de investigación y objetivos:²⁹

¿Cuáles son los elementos a tomarse en cuenta en una Gestión de CO, bajo un contexto de cambio, producto de una adquisición?

Objetivo General de la Investigación del Banco de Venezuela

1. Identificar los elementos a tomarse en cuenta en una Gestión de CO, bajo un contexto de cambio, producto de una adquisición.

Objetivos específicos de la Investigación del Banco de Venezuela

1. Identificar los elementos del Modelo de Gestión de Comunicación para el cambio organizacional y los elementos presentes en la gestión comunicacional caso: Banco de Venezuela/Grupo Santander.
2. Realizar un análisis comparativo entre la Gestión Comunicacional de la empresa estudiada y el Modelo de Gestión de Comunicación para el cambio organizacional.

El autor de la investigación relatada hasta aquí, no experimental y descriptiva, se apoya en conceptos comunicacionales funcionalistas y cita a un modelo de comunicación, en el que analiza las dimensiones de: comportamiento, estructura y procesos. Además, precisa cuales son los elementos básicos de este modelo: comunicador, codificador, mensaje, medio de comunicación, decodificación, receptor, retroinformación y ruido.²⁹

La información obtenida fue cualitativa, porque según argumenta el autor, la investigación está referida a todos aquellos aspectos que denotan las cualidades que son susceptibles de valorar y no de enumerar.

Por último, el autor de la investigación realizó "un análisis comparativo entre la gestión comunicacional de la empresa seleccionada y el Modelo de Gestión de Comunicación para el Cambio Organizacional. Con este análisis se pretendió llegar a generalizaciones sobre los elementos a tomarse en cuenta por la gestión de CO, en un contexto de cambio, producto de una adquisición. Los resultados de dicho análisis servirán como base a la hora de abordar una Gestión de Comunicación Organizacional con éxito, en un contexto de cambio, producto de una adquisición".²⁹ A su vez, se tomó como muestra a la Gerencia de Comunicaciones Internas de dicha empresa, mientras que los pasos del diseño de investigación fueron los siguientes: estudio bibliográfico; diseño del instrumento en función de las teorías orientadoras y de los objetivos específicos; validación del instrumento; aplicación del instrumento; tabulación y procesamiento de datos; análisis y discusión de resultados y conclusiones y recomendaciones

La investigación, hasta este punto relatada, concluyó que: "El departamento encargado de la comunicación organizacional: será el responsable de concretar y dar a conocer el cambio en la empresa, mediante la debida

planificación, con una serie de funciones y normas preestablecidas, además del conocimiento previo que debe poseer sobre la antigua cultura organizacional de la empresa adquirida, de esta manera se podrá realizar una eficaz codificación de toda la información emanada de la directiva y así difundir el mensaje de cambio, a través de los medios o canales con los que se cuente, dependiendo del trato y alcance que se le desee dar a la información".⁽²⁹⁾ Las comunicaciones informales: los rumores de pasillo, las conversaciones en los baños o en las horas de descanso, son un tipo de comunicación que debe tomarse en cuenta en toda empresa y, dependiendo del caso, se debe actuar mediante el uso de la comunicación formal.

1.4.3 El caso del Marketing y la Comunicación Interna en hospitales de España

Por otra parte, en 2002, en la revista tabasqueña *Horizonte Sanitario*, Carlès, J. y colaboradores, publicaron un artículo titulado *Marketing y comunicación interna en hospitales y en atención primaria: opinión de profesionales y de gestores*,⁴⁰ el cual da a conocer una investigación llevada a cabo en hospitales de España y que tuvo como objetivo un diagnóstico de la planificación de la comunicación interna, bajo la necesidad de un análisis de la percepción la misma, tanto desde el punto de vista de los directivos como desde la perspectiva de los propios profesionales, con el fin de conocer las posibles coincidencias y divergencias entre la percepción de unos y otros.

Este estudio, se planteó conocer dicha percepción por parte de los dos actores del sistema, directivos y profesionales, además en dos entornos, hospitales y atención primaria.

En cuanto al método de la investigación, el artículo menciona que se trata de un estudio descriptivo y transversal. La información fue obtenida a través de un cuestionario de CI diseñado y pilotado para este contexto.

El cuestionario fue autoadministrado y contenía preguntas que tenían una escala de respuesta de Likert, con puntuaciones entre 1 y 7, mientras que otras eran de respuesta múltiple. Aprovechando las ventajas de la modernidad, fue utilizado el correo electrónico como medio de envío y recolección de los cuestionarios. La investigación se llevó a cabo en todo el país, con un universo de directivos de hospitales públicos de toda España, en total 135 personas fueron entrevistadas. La muestra fue determinada mediante el método de muestreo aleatorio estratificado, con afijación

proporcional, los estratos fueron formados tomando como elemento diferenciador el tamaño del hospital, según número de camas.⁴¹

Se hizo un análisis descriptivo de las variables del cuestionario, junto a la prueba T para la comparación de medias entre muestras independientes. Se realizó un análisis de alpha de Cronbach del cuestionario, que fue de 0,85. Además, se hizo un análisis discriminante.⁴²

En términos generales, el trabajo anteriormente expuesto, como resultado de la investigación concluyó que la comunicación interna es valorada de forma positiva por los directivos y negativa por parte de los profesionales. Existe un bloqueo entre la Dirección y los trabajadores; entre los cargos intermedios y los responsables y el personal de base. Por tanto, la comunicación interna es valorada de forma diferente en diferentes contextos hospitalarios y muy diferente en los hospitales que en atención primaria.⁴³

1.4.4 Una experiencia de implante de calidad en un hospital público descentralizado.

Este trabajo presenta en lo que su autor dio en llamar, "una experiencia táctica y operativa de implante de un programa de calidad, en un hospital público regional general de agudos, descentralizado de la provincia de Mendoza", en el que abordó el tema de la comunicación interna.⁴⁴ El estudio tuvo como punto de partida un diagnóstico institucional por matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas), realizado en un hospital público descentralizado en la ciudad de San Rafael, en Mendoza, Argentina en 1998; en éste se puso en marcha un programa de calidad con el propósito de impactar culturalmente en la organización, con especial énfasis en los procesos hospitalarios.

Este trabajo se propuso que a partir de la capacitación del personal, se fijará una estrategia de implante de la calidad, con cuatro ejes de acción delineados en el programa de calidad institucional para el año 2000. De acuerdo a la publicación los objetivos específicos fueron: 1) la comunicación organizacional; 2) los comités o comisiones hospitalarias; 3) la dirección participativa por pactos de metas con los servicios; y 4) docencia continua de la misión del hospital.⁴⁴

La metodología utilizada fue la combinación de herramientas de gestión e instrumentos de calidad, teniendo en cuenta el material organizacional disponible. El trabajo, al día de la publicación, no posee evaluación

de resultados porque se dijo estar en pleno desarrollo, aunque afirma contar con "conclusiones y experiencias de utilidad para todos aquellos que ven en la calidad la herramienta para subsistir en futuros entornos competitivos, en especial en las organizaciones públicas".⁴⁴

1.4.5 El caso del trabajo para la "Validez de constructo de una escala para medir clima y liderazgo desde una óptica comunicativa en la pequeña empresa industrial"

De las evidencias empíricas halladas para el sustento del presente trabajo, la que se expone a continuación, es la que más se apega al objetivo de este proyecto, ya que se trata de un trabajo para dar validez a una escala de medición que se apoya en variables comunicacionales relacionadas con el actual diagnóstico en proceso de elaboración.

El método que emplea el trabajo en cuestión y cuyo artículo está acreditado a Claudia Mellado, es la "modelización"^m mediante ecuaciones estructurales. La autora dijo haber trabajado con el programa de cómputo AMOS 5.0, el cual permite la estimación y contraste de modelos estructurales mediante un interfase gráfico basándose en la factorización, en la cual se empleó una muestra de 173 sujetos pertenecientes a cinco pequeñas empresas industriales españolas de diferentes firmas comerciales.⁴⁵

Mellado, C. quien ya había realizado una intervención anterior para evaluar el clima de las organizaciones, toma en cuenta las mismas variables "latentes y observables", utilizadas en su validación anterior, con el propósito de poder medir liderazgo en las organizaciones desde la perspectiva comunicacional: "clima organizacional y liderazgo, así como los siete y dos factores comunicativos que, respectivamente, explican dichos fenómenos".⁴⁵

Como resultado de este estudio, Mellado concluye que "a nivel de liderazgo el modelo ajusta adecuadamente al efectuar un análisis confirmatorio de primer nivel, debiéndose restar algunos ítems poco significativos, según

m La modelización, es una técnica cognitiva que consiste en crear una representación ideal de un objeto real mediante un conjunto de simplificaciones y abstracciones, cuya validez se pretende constatar. La validación del modelo se lleva a cabo comparando las implicaciones predichas por el mismo con observaciones

n La factorización puede considerarse como la operación inversa a la multiplicación, pues el propósito de ésta última es hallar el producto de dos o más factores; mientras que en la factorización, se buscan los factores de un producto dado³³.

la p calculada y relacionando ciertos errores de medición conjuntos".^{45, 34} Es así que, mediante la validación de su escala de medición, se cuenta con un instrumento para evaluar no tan solo el liderazgo generado en la pequeña empresa industrial, sino que también es válido metodológicamente en el ámbito comunicativo, según los análisis estadísticos realizados.

1.4.6 El caso de la "Auditoría de comunicación interna de un hospital"

Aunque se trata de una investigación de carácter cualitativo, es importante considerarla como un referente empírico, ya que es de los pocos casos relevantes de investigaciones relacionadas con la comunicación interna en hospitales.

El ámbito de estudio, de la investigación referenciada, fue en un hospital comarcal con ocho años de funcionamiento en Valencia, España. Los sujetos de estudio estuvieron conformados por personal asistencial (médicos y enfermeras), los cargos intermedios (supervisores y jefes de servicio) y los directivos (jefes de bloque, directora de enfermería y director médico).⁴⁶

La metodología estableció como criterios de inclusión a personal no sustituto, tanto enfermeras como médicos que estuvieran presentes en el hospital durante el período del 1 de julio hasta el 31 de agosto de 1996. Todos los miembros del equipo directivo fueron abordados (jefes de bloque, directores de enfermería y médico).

Para la selección de los participantes objeto de estudio, contrario a la metodología cualitativa, que recomienda el muestreo teórico, se procedió a la selección por métodos aleatorios a partir del listado del personal mismo que fue distribuido en diez grupos. A cada grupo focal le fue aplicada una entrevista semiestructurada.

Los resultados de la investigación demostraron la existencia de las debilidades y fortalezas que tienen mayor impacto sobre la comunicación interna en el hospital. "Tanto los profesionales de enfermería como los médicos destacaron como una importante debilidad la poca credibilidad y la baja valoración de las direcciones de cada una de las categorías profesionales, no percibiéndose ninguna fortaleza en los emisores".⁴⁶

1.4.7 El caso de IBM y la comunicación informal

Para saber que tan importante es la comunicación en su organización, la empresa IBM llevó a cabo un diagnóstico de la comunicación interna que demostró el 78 % de la actividad de sus cuadros tiene que ver con la comunicación. Con base al citado estudio, se demostró que el 59% de las actividades de su personal las dedicaban a reuniones previstas; el 10% en reuniones imprevistas; el 6% en comunicaciones telefónicas y el 3% en visitas a los diferentes departamentos. Solo el 22%, de las actividades propias de la empresa, quedaba reservado al trabajo. Pero resulta que el trabajo no puede llevarse a cabo sin las relaciones derivadas del proceso de la comunicación.²² El reporte de esta investigación, al que García, J. sólo hace referencia sin aportar datos de la fecha de la realización del estudio, no habla de metodologías y objetivos de la misma, sin embargo, se presenta aquí para conocer el comportamiento de la CI en una empresa de gran envergadura. Cabe destacar que García, J. no menciona a los autores de la investigación.

1.5 Delimitación del Objeto de Estudio

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo un estudio de la Comunicación Interna del área de cirugía general del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la Ciudad de Xalapa, Veracruz, el cual pertenece a los Servicios de Salud de Veracruz. El estudio estará sustentado en las bases del Paradigma Positivista, a partir de teorías Estructural-Funcionalistas desde la perspectiva de la Salud Pública, Administración, y Comunicación Administrativa. Esta investigación se llevará a cabo durante el año 2009.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación

En las sociedades post-industriales y posmoderna la necesidad de comunicarse y de apropiarse de más conocimiento ha crecido, al mismo paso que lo han hecho la heterogeneidad y la interdependencia de los sectores del saber y de los actores de la vida organizativa, al mismo ritmo de las innovaciones tecnológicas. La creciente complejidad tecnológica, social y cultural, ha contribuido a hacer más evidente la relación de estricta interdependencia entre los procesos organizativos y los procesos comunicativos.

Las comunicaciones y las relaciones entre los

departamentos de una organización y entre ella y el ambiente externo, están cada vez más en armonía con las nuevas tecnologías (redes y computadoras), las telecomunicaciones y los trabajos colectivos a distancia que pueden facilitar el intercambio de información y anular las barreras físicas entre las personas y los grupos, posiblemente haciendo que emerjan nuevas oportunidades de interrelaciones y nuevos problemas.⁴⁷

La comunicación es básica en una organización, ya que ésta y el conocimiento del desarrollo de la misma, son una condición eficaz en la producción de servicios. Hablar de la comunicación organizacional es referirse al mismo proceso de intercambio de mensajes informativos y valores al interior de redes de relaciones de cualquier tipo de organización, ya sea en la libre empresa, en las instituciones o en los hospitales.⁴⁸ El buen o mal desarrollo de la comunicación organizacional nos permite descubrir enormes campos de estudio.

Buscar determinar la magnitud de los problemas de comunicación, en las organizaciones, mediante la observación y descripción del comportamiento de los elementos que forman parte del proceso comunicacional, en la actualidad, se ha convertido en foco de atención de una gran cantidad de investigadores.

Tal es el caso del HRLFN, que como resultado de su continuo desarrollo y evolución, lo ha llevado a la necesidad de realizar un diagnóstico del estado de la comunicación administrativa y los factores que participan en ella, con el fin de crear un modelo de comunicación que le permita convertirse en una organización de clase mundial, a través de la implantación de un Modelo de Gestión de Calidad.

Hasta el momento, se desconoce el estado de la comunicación administrativa en el hospital debido, no tan sólo a la falta de un estudio en este sentido, sino también a la complejidad de su estructura orgánica.

Resulta fácil observar que se trata de una organización sumamente compleja, que aglutina a una gran cantidad de servicios y sub-especialidades médicas, que funcionan las 24 horas del día los 365 días del año, en por lo menos cinco turnos de trabajo y que, por lo mismo, hace más grave la magnitud del problema de la falta de conocimiento del estado de la comunicación administrativa.

El Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" tiene una cobertura específica de atención para casi 930 mil veracruzanos, que habitan en 49 municipios de tres

jurisdicciones sanitarias de la zona centro del estado de Veracruz.

Este nosocomio recibe pacientes referidos por 218 unidades de primer nivel de atención médica, nueve hospitales de segundo nivel y cuatro hospitales de especialidad de Xalapa.

Actualmente cuenta con una plantilla de 1,053 empleados, de los cuales 245 son médicos; 308 son enfermeras; 191, paramédicos y 309 empleados administrativos.

Su estructura administrativa está integrada por 39 órganos, de las cuales 26 corresponden a áreas operativas que dependen de dos subdirecciones: médica y administrativa. Existen además 10 órganos de staff, de los cuales cinco no tienen dependencia jerárquica de la Dirección General y de los cinco restantes, dos son órganos virtuales.

¿Por qué es importante conocer el estado de la comunicación administrativa del hospital? Porque el tipo de servicios que otorga el HRLFN trasciende a su público externo, ya que la comunicación administrativa es el eje de todas las actividades cotidianas del personal de esa institución hospitalaria. La buena o mala comunicación repercute en el clima organizacional y en los servicios otorgados por el hospital.

Al conocer el estado de la comunicación administrativa a través de un diagnóstico, permitirá establecer líneas de acción que tengan como propósito mejorar los flujos y redes comunicacionales, así como el evitar el surgimiento de barreras comunicativas entre el personal del HRLFN.

2.2 Resumen del problema de investigación

Desde la creación del HRLFN, no se ha llevado a cabo una investigación en la que se determine cuáles son los problemas de comunicación administrativa existentes en el servicio de Cirugía General. Por tal motivo, se desconoce el estado de la comunicación administrativa en esa citada área de servicio. En un primer acercamiento a informantes clave, se ha podido constatar la necesidad de realizar un estudio comunicacional, ya que existen muchos y muy frecuentes problemas de transmisión de órdenes y el surgimiento de rumores y chismes. Además, es preciso conocer las necesidades comunicacionales al interior de esa organización, para poder crear un Plan de Comunicación propio de ese servicio operativo del HRLF.

Fue seleccionada sólo un área de servicios del hospital, en este caso Cirugía General, debido a la complejidad de la estructura organizacional del mismo, lo que complica el uso de canales, flujos y redes de comunicación existentes, ya que al obtener una muestra representativa de la población total del hospital, mediante las técnicas de selección aleatorias, podría dejar fuera del estudio elementos que forman parte de los flujos y redes comunicacionales, lo cual sesgaría los resultados obtenidos.

El servicio de cirugía, es uno de los cuatro servicios básicos del HRLFN y representa el área con más contactos de comunicación con el personal de las áreas restantes del hospital, como son: consulta externa, admisión hospitalaria, hospitalización, quirófano, urgencias adultos, enseñanza, la Subdirección Médica, Dirección General y los órganos de staff. En esta área de servicio hospitalario convergen en sus labores diarias poco más de la quinta parte del personal del hospital, lo cual implica que se convierte en una muestra significativa del total de la población.

Cabe señalar que los resultados de la investigación no podrán ser extrapolados al universo del HRLFN, pero se estará en la posibilidad de asegurar que lo que sucede en Cirugía General, es posible que suceda en otras áreas de servicio del mismo.

2.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el estado de la Comunicación Administrativa del área de Cirugía General del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" y los elementos que participan en su desarrollo, en el 2009?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General

Realizar un diagnóstico de la comunicación administrativa, con el fin de proponer un plan de comunicación que oriente a una comunicación productiva en el área de Cirugía General del Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", durante el 2009.

3.2 Objetivos Específicos

o Técnicamente el hospital cuenta con cuatro servicios básicos que son: ginecoobstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría; a su vez, el HRLFN otorga tres servicios básicos a la sociedad: consulta externa, hospitalización y urgencia.

- Identificar las características socio-demográficas del personal que presta sus servicios en el área de Cirugía General.
- Diagnosticar el estado de la comunicación administrativa por línea de mando.
- Identificar los elementos del modelo comunicacional y determinar cómo participan en el proceso de comunicación administrativa.
- Proponer un plan de comunicación adecuado a las necesidades del área de Cirugía General del hospital.

4. METODOLOGÍA

4.1 Ubicación del Paradigma

Este trabajo de tesis se basará en la teoría Estructural Funcionalista (EF) del Paradigma Positivista. El sociólogo Talcott Pearsons, creador de la teoría EF, considera a la sociedad como un sistema, "cuya supervivencia o transformación depende de un determinado número de condiciones que es preciso de escribir y estudiar". Este autor expone sus ideas en un libro titulado El Sistema Social.⁴⁹

Es precisamente en el contexto estadounidense donde tiene lugar la creación y consolidación de este paradigma, cuya idea principal es el desarrollo de la perspectiva positivista, mediante una identificación de los elementos que conforman la estructura social y la acción del sistema institucional que los establecen y los regula.

En la sociología, la teoría EF abarca una gran variedad de autores y de escuelas, que muy a pesar de lo que sucede con otras teorías, suelen compartir elementos de análisis esenciales. Muchos de estos elementos explican la persistencia de las prácticas sociales y hacen una clara referencia a efectos, con frecuencia no deseados, que son beneficiosos para el equilibrio o la integración del sistema social. De acuerdo con autores consultados, "el funcionalismo reconstruye el concepto de racionalidad: presupone que ciertas prácticas, aparentemente irracionales, puede ser inteligibles cuando se captarán sus funciones sociales. Bajo la superficie se encuentra una racionalidad social más profunda, que es tarea del sociólogo develar".⁵⁰

La perspectiva EF, analiza cada elemento que forma parte de una sociedad o un grupo y analiza el papel que desempeña dentro de esta organización en cuestión. La teoría EF se pregunta qué función cumple ese elemento en beneficio del conjunto social. Por ejemplo, ¿cuáles son las funciones de los mensajes dentro de la estructura

social?, ¿cómo contribuyen estos a mantener el equilibrio y el consenso? o ¿los procesos comunicacionales cómo se interrelacionan funcionalmente con otros sistemas sociales?⁵⁰

Se puede observar cómo es que, a través del EF, se puede estudiar la perspectiva de "integración social y autoequilibrio sistemático y anticipado como premisa básica en el esquema explicativo propio del funcionalismo".⁵⁰

Desde la perspectiva de la interacción/comunicación, es importante comentar que el grupo, entendido este como organización, no puede existir sin estar inmerso en un proceso de comunicación entre sus miembros, ya que es a través de la comunicación y solamente por ella que los miembros cumplen con los propósitos del grupop.

4.2 Tipo de diseño y justificación

Observacional: Por la posición del investigador que solamente va a observar el proceso de la comunicación administrativa sin modificarla.^{52:53}

Descriptivo: Estudio diseñado sólo para describir el fenómeno del proceso comunicacional administrativo del área de Cirugía General del HRLFN en sus condiciones naturales, comprendiendo el registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y su composición. Por tal motivo, no se planteara hipótesis causal.^{52:53} No se harán comparaciones, sólo la búsqueda de conocer el proceso y factores que participan en la comunicación administrativa del hospital.

El presente trabajo busca describir cómo se manifiesta el fenómeno de la comunicación en el estado natural en el que se desarrolla entre el personal de mandos altos, mandos medios y personal operativo de las áreas de servicios seleccionadas como muestra, los cuales representan los factores del proceso comunicacional (entiéndase estos como los elementos que forman

*p Existen otros dos enfoques paradigmáticos que poco aportarían a los objetivos de estudio del presente trabajo de investigación; el Interpretativo que tiene como objetivo el análisis del discurso interpretativo, ya que ve en la comunicación una forma de culturización social y de afirmación del grupo(51); y el Crítico, que considera a la comunicación como un elemento "distorsionado y distorsionante y se proponen mostrar la distorsión de la comunicación". La comunicación crea y transforma conciencias. Los investigadores críticos se proponen, como deber, mostrar la distorsión de la comunicación.*¹³

parte del modelo de comunicación existenteq), sus características y la interrelación de estos. 1) Establecer las características socio-demográficas de las unidades investigadas (número de población, distribución por edades, grado de escolaridad, etc.); 2) Identificar formas de comunicación en el universo de investigación; 3) Medir el grado de conocimiento de la estructura administrativa y la filosofía institucional, por nivel de mando; y 4) Calcular la frecuencia con que se realiza la comunicación administrativa en los diferentes niveles de la línea de mando.^{52:53}

Transversal: se hará sólo una medición, a través de la aplicación de una encuesta, única observación que se realizará en un momento del tiempo.

4.3 Universos y muestra

Universo: Personal del Hospital Regional “Dr. Luis F. Nachón”.

Muestra: Por conveniencia, corresponde al personal del servicio de Cirugía General, comprendiendo mandos altos, mandos medios, personal operativo, así como personal de diferentes categorías (médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos) de las áreas que interactúan regularmente con dicho servicio tales como: consulta externa, admisión hospitalaria, hospitalización, quirófano, urgencias adultos, auxiliares de diagnósticos y tratamiento, enseñanza, órganos de staff, servicios generales, mantenimiento, Subdirección Médica y Administrativa, así como Dirección General.

Criterios para la selección del servicio de Cirugía General: Selección por conveniencia. Este tipo de muestreo no sigue el proceso aleatorio. Esta técnica de muestreo se caracteriza por que “el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que le interesa realizar”.⁵⁴

La muestra fue determinada con base a un análisis realizado por la Coordinación de Desarrollo Hospitalario del HRLFN, en el que participaron el autor del presente trabajo, en acuerdo con la directora de tesis, el asesor externo y un médico especialista de la institución.

Como resultado de este análisis, fue seleccionada sólo un área de servicios del hospital, debido a la complejidad de la estructura organizacional del mismo, lo que complica el uso de canales, flujos y redes de comunicación existentes, porque al obtener una muestra representativa de la población total del hospital, mediante las técnicas de selección aleatorias, podría dejar fuera del estudio elementos que forman parte de los flujos y redes comunicacionales, lo cual sesgaría los resultados obtenidos.

El servicio de cirugía, es uno de los cuatro servicios básicos del HRLFN y representa el área con más contactos de comunicación entre su personal y el de las áreas restantes del hospital, como son: consulta externa, admisión hospitalaria, hospitalización, quirófano, urgencias adultos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, enseñanza, la Subdirecciones Médica y Administrativa, Dirección General y los órganos de staff. En este servicio hospitalario convergen, en sus labores diarias, poco más de la quinta parte del personal del hospital, lo cual implica que se convierte en una muestra significativa del total de la población.

Unidad de análisis:

El Servicio de Cirugía General del HRLFN, incluyendo otras áreas que aportan servicios básicos de apoyo al mismo.

Sujetos de estudio: Mandos altos y medios, así como personal operativo del servicio de cirugía y de áreas que interactúan regularmente con dicho servicio, tales como: consulta externa, admisión hospitalaria, hospitalización, quirófano, urgencias adultos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, enseñanza, órganos de staff, servicios generales, mantenimiento, Subdirecciones Médica y Administrativa y Dirección General; este personal será de diferentes categorías: médicos, enfermeras, paramédicos y administrativos.

4.4 Definiciones Operacionales de las Variables

Las variables del presente estudio fueron identificadas en el marco teórico y en la definición del problema, pero

q Emisor, canal, mensaje, receptor

r Análisis efectuado en reunión de médicos en la Subdirección de Enseñanza del HRLFN, el día 30 de octubre del 2008.

s Técnicamente el hospital cuenta con cuatro servicios básicos que son: ginecoobstetricia, cirugía, medicina interna y pediatría; a su vez, el HRLFN otorga tres servicios básicos a la sociedad: consulta externa, hospitalización y atención de urgencias.

todavía hasta este punto de la investigación, el nivel de definición de las variables aún es muy abstracto, por tal motivo, a partir de este momento, es necesario conceptualizarlas, dimensionarlas y operacionalizarlas con el propósito de obtener una medición real de los hechos a estudiar.⁵⁴

A continuación son presentadas las principales variables y sus definiciones conceptuales y operacionales, a través de tablas que permiten la comprensión del proceso de operacionalización de las mismas. (Ver tablas 1 a 7)

La variable dependiente es la Comunicación Administrativa y sus dimensiones son: Características Socio-Demográficas del Personal; Características Laborales del Personal; Conocimiento de la Estructura Administrativa, Conocimiento de la Filosofía Institucional; Tipos de Comunicación: Formal, Informal; y características de la Comunicación Administrativa Formal e Informal.

En cuanto a las dos primeras dimensiones (Características Socio-Demográficas del Personal y Características Laborales del Personal), sus componentes servirán para identificar las características de las unidades de análisis, por lo que se tomó en cuenta el nombre, sexo, edad, escolaridad para la primera dimensión; mientras que para la segunda, se incluyó la posición en el organigrama, categoría laboral, antigüedad laboral y turno.

En lo que se refiere a la dimensión Conocimiento de la Estructura Administrativa, fueron considerados los componentes de Niveles de Autoridad Laboral de la Organización, Funciones del Área de Cirugía, Curso de Inducción al Puesto y Organigrama, lo que permitirá determinar que tan inmersos se encuentran en el contexto administrativo del hospital, los trabajadores entrevistados, ya que de acuerdo al Modelo de Gestión de Calidad que está en proceso dentro del hospital, este punto destaca por ser de gran importancia para la institución.

Lo mismo sucede para la dimensión Conocimiento de la Filosofía Institucional, la cual comprende: Misión y Visión de la Institución, Valores, Objetivos y Políticas del hospital, así como la comprensión de la misma.

En cuanto a la dimensión Tipo de Comunicación Formal fue subdimensionada en Comunicación hacia Abajo o Descendente, Comunicación hacia Arriba o Ascendente, Comunicación Lateral u Horizontal y Comunicación Diagonal Ascendente y Descendente.

El mismo tratamiento se le dio a la dimensión Tipo de Comunicación Informal, ya que fue dimensionada en Comunicación hacia Abajo o Descendente, Comunicación hacia Arriba o Ascendente, Comunicación Lateral u Horizontal y Comunicación Diagonal Descendente y Ascendente.

Con el objetivo de lograr una mayor precisión en la medición del comportamiento de la variable, cada uno de los componentes de la Comunicación Formal, fueron subdivididos en Medios Físicos: Escritos, Visuales y Auditivos, y Medios Virtuales: Correo Electrónico y Mensajería Instantánea.

Lo mismo se hizo con cada uno de los componentes de la dimensión de Comunicación Informal, los cuales fueron subdivididos en Indicación Directa, Rumor y Chisme.

De la dimensión Características de la Comunicación Administrativa Formal, cuatro de sus componentes fueron subdivididos en claros, precisos y oportunos.

Las dimensiones, sus componentes y subcomponentes fueron conceptualizadas y operacionalizadas con el propósito de establecer los indicadores, por medio de los cuales serán evaluadas, precisando el tipo de escala de medición, el instrumento para la obtención de la información, los valores esperados y los ítems del cuestionario que corresponden a las mismas.

Tabla 1. Variable: Comunicación Administrativa.

Dimensiones	Componentes	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Instrumento	Valores	Ítem No.
Características sociodemográficas del personal.	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina.	El registrado en el cuestionario.	Porcentaje de personal Masculino Porcentaje DE PERSONAL Femenino	Nominal	Cuestionario	Masculino = 1 Femenino = 2	1
	Edad	La edad hace referencia al tiempo que la persona ha vivido desde su nacimiento.	Años cumplidos al momento de la entrevista.	Media, Desviación Estándar y Rangos de edad.	Discreta	Cuestionario	De 18 años en adelante.	2
	Escolaridad	Nivel máximo de estudios alcanzado.	Máximo grado de estudios terminados.	Porcentaje de personal por nivel de escolaridad:	Ordinal	Cuestionario	Básica = 1 Media = 2 Técnica = 3 Licenciatura = 4 Postgrado = 5	3

Conocimiento de la Estructura Administrativa	Niveles de Autoridad Laboral de la Organización	Expresan jerarquía de la autoridad laboral dentro de la estructura de la organización	Grado de conocimiento que tiene el personal entrevistado en torno a la jerarquización de la autoridad laboral del HRLFN	Porcentaje de entrevistados que conocen los niveles en la línea de mando.	Nominal	Cuestionario	- Mando Medio - Personal operativo - Mando Alto - Personal de servicio subrogado	12
	Funciones de su Área de Adscripción	Establece los límites y determina las actividades obligatorias de cada uno de los puestos del departamento, estableciendo por escrito, la normatividad, la conducta y el quehacer de todo el personal del departamento de cirugía general.	Conocimiento de la existencia de la carpeta de gestión	Porcentaje de entrevistados que conocen las funciones sustantivas de su área de adscripción.	Nominal	Cuestionario	Si No	13
			Grado de conocimiento de la Carpeta de Gestión de Calidad de Cirugía General.	Porcentaje de de capítulos de la carpeta de Gestión de Calidad, mencionados correctamente. -Presentación -Normatividad -Manual de Organización -Programa de Trabajo -Procesos -Manual de procedimientos -Ciclos de mejora -Indicadores -Glosario de términos -Anexos	Continua	Cuestionario	Suma de aciertos entre nueve por cien. Se considerará conocimiento adecuado si menciona el 50 % o más de los capítulos de la carpeta	14

<p>Comunicación Formal</p> <p>Es la que circula por las direcciones establecidas y favorecen la coordinación de las actividades que corresponden a las distintas unidades de la institución o empresa.</p>	Comunicación Formal Descendente	Es cuando los mensajes dentro de una organización fluyen de los mandos superiores hacia la base trabajadora(9).	Medios Físicos	Uso de medios físicos por parte del personal entrevistado para la transmisión de órdenes e informes	Porcentaje de uso de medios físicos y virtuales para la transmisión de órdenes e informes por parte del personal entrevistado.	Nominal	Cuestionario	-Oficio -Memorando -Carta -Circular -Tablero de anuncios -Pizarra de Avisos -Voceo -Teléfono -Mensajes Instantáneos de MSN, HOT MAIL, Yahoo -Otro, indique_____	29
			Medios Virtuales	Uso de medios virtuales por parte del personal entrevistado para la transmisión de órdenes e informes					
	Comunicación Formal Ascendente o hacia arriba	Es la que se da cuando los empleados reportan o informan avances de la ejecución de los trabajos o el cumplimiento de los objetivos(9).	Medios Físicos	Uso de medios físicos para el reporte de trabajos realizados y cumplimiento de órdenes y disposiciones.	Porcentaje de uso de medios físicos y virtuales para la transmisión de reportes de trabajos realizados y cumplimiento de órdenes y disposiciones por parte del personal entrevistado, de acuerdo a la siguiente lista:	Nominal	Cuestionario	-Oficio -Memorando -Carta -Circular -Tablero de anuncios -Pizarra de Avisos -Voceo -Teléfono -Mensajes Instantáneos de MSN, HOT MAIL, Yahoo -Otro, indique_____	30
			Medios Virtuales	Uso de medios virtuales para el reporte de trabajos realizados y cumplimiento de órdenes y disposiciones.					

Tabla 5.1. Variable: Comunicación Administrativa.

Dimensión	Componente	Definición Conceptual	Subcomponente	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Instrumentos	Valores	Ítem No.
-----------	------------	-----------------------	---------------	------------------------	-------------	--------	--------------	---------	----------

Comunicación Formal	Comunicación Formal Horizontal o lateral	Es la que se realiza entre empleados que están en el mismo nivel de jerarquía de la organización(9).	Medios Físicos	Uso de medios físicos para la transmisión de información entre personal del mismo nivel laboral.	Porcentaje de tipo de de medios físicos y virtuales usados para la transmisión de información entre personal del mismo nivel laboral.	Nominal	Cuestionario	-Oficio -Memorando -Carta -Circular -Tablero de anuncios -Pizarra de avisos -Voceo -Teléfono Mensajes instantáneos de MSN, HOTMAIL, Yahoo, etc. -Otro, indique____	31
			Medios Virtuales	Uso de medios virtuales para la transmisión de información entre personal del mismo nivel laboral.					
	Comunicación Formal Diagonal	Es la que se da entre las área de trabajo y niveles organizacionales, lo que permite la rapidez de los mensajes(9).	Medios Físicos	Uso de medios físicos para la transmisión de información entre personal perteneciente a otras áreas de trabajo.	Porcentaje de tipo de de medios físicos y virtuales usados para la transmisión de información entre personal perteneciente a otras áreas de trabajo.	Nominal	Cuestionario	-Oficio -Memorando -Carta -Circular -Tablero de anuncios -Pizarra de avisos -Voceo -Teléfono Mensajes instantáneos de MSN, HOTMAIL, Yahoo, etc. -Otro, indique____	32
			Medios Virtuales	Uso de medios virtuales para la transmisión de información entre personal perteneciente a otras áreas de trabajo.					

Tabla 6. Variable: Comunicación Administrativa

Dimensión	Componente	Definición Conceptual	Subcomponente	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Instrumentos	Valores	Ítem No.
<p>Comunicación Informal</p> <p>Se lleva a cabo a través de pláticas privadas e interrelaciones sociales, que no forma parte de la jerarquía estructural de la organización, pero que permite la interacción social de los empleados y mejora el rendimiento de una organización con el surgimiento de canales alternativos de comunicación⁽⁹⁾</p>	<p>Comunicación Informal Descendente o hacia abajo</p>	<p>Es cuando los mensajes dentro de una organización fluyen de los mandos superiores hacia la base trabajadora(9).</p>	<p>-Indicación Directa -Rumor -Chisme</p>	<p>Frecuencia de uso de Comunicación Oral, Rumor y Chisme, por parte de Mandos Alto y Medio de Cirugía General en el HRLFN, para transmitir mensajes a sus subalternos.</p>	<p>Porcentaje de Mandos Alto y Medio entrevistado que dijeron haber utilizado Comunicación Oral, Rumores y Chismes para transmitir mensajes a sus subalternos, de acuerdo a la escala de valores.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Cuestionario</p>	<p>Comunicación Oral:</p> <p>1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca</p> <p>Rumores y Chismes</p> <p>1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca</p>	<p>33 Oral 39 Rumor 44 Chisme</p>

Comunicación Informal	Comunicación Informal Ascendente o hacia arriba	Es la que se da cuando los empleados reportan o informan avances de la ejecución de los trabajos o el cumplimiento de los objetivos(9).	-Indicación Directa -Rumor -Chisme	Frecuencia de uso de Comunicación, Rumor y Chisme, por parte del personal operativo de Cirugía General en el HRLFN, para transmitir mensajes a sus superiores.	Porcentaje de personal operativo entrevistado que dijo haber utilizado Comunicación Oral, Rumores y Chismes para transmitir mensajes a sus superiores, de acuerdo a la escala de valores.	Ordinal	Cuestionario	Comunicación Oral: 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca Rumores y Chismes 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	34 Oral 38 Rumor 43 Chisme
-----------------------	---	---	--	--	---	---------	--------------	---	----------------------------------

Tabla 6.2.. Variable: Comunicación Administrativa

Dimensión	Componente	Definición Conceptual	Subcomponente	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Instrumentos	Valores	Ítem No.
Comunicación Informal	Comunicación Horizontal o lateral	Es la que se realiza entre empleados que están en el mismo nivel de jerarquía de la organización(9).	- Indicación Directa -Rumor -Chisme	Frecuencia de uso de Comunicación Oral, Rumor y Chisme, entre personal del mismo nivel laboral de Cirugía General en el HRLFN.	Porcentaje de personal que dijo haber utilizado Comunicación Oral, Rumores y Chismes para transmitir mensajes a personal del mismo nivel laboral, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	Comunicación Oral: 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca Rumores y Chismes 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	35 Ora 40 Rumores 45 Chisme

Comunicación Informal	Comunicación Diagonal Descendente	Es la que se da de Mandos Alto y Medio hacia diferentes áreas de trabajo y niveles organizacionales, lo que permite la rapidez de los mensajes(9).	-Indicación Directa -Rumor -Chisme	Frecuencia de uso de Comunicación Oral, Rumor y Chisme, para transmitir mensajes entre personal perteneciente a otras áreas de trabajo.	Porcentaje de personal que dijo haber utilizado Comunicación Oral, Rumores y Chismes para transmitir mensajes entre personal pertenecientes a otras áreas de trabajo, de acuerdo a la escala de valores.	Ordinal	Cuestionario	Comunicación Oral:	36 Oral
								<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca 	41 Rumores
								Rumores y Chismes	46 Chisme
								<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca 	

Tabla 6.3. Variable: Comunicación Administrativa

Dimensión	Componente	Definición Conceptual	Subcomponente	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Instrumentos	Valores	Ítem No.
-----------	------------	-----------------------	---------------	------------------------	-------------	--------	--------------	---------	----------

Comunicación Informal	Comunicación Diagonal Ascendente	Es la que se da de Personal Operativo hacia Mandos Alto y Medio diferentes áreas de trabajo y niveles organizacionales, lo que permite la rapidez de los mensajes(9).	-Indicación Directa -Rumor -Chisme	Frecuencia de uso de Comunicación Oral, Rumor y Chisme, para transmitir mensajes entre personal perteneciente a otras áreas de trabajo.	Porcentaje de personal que dijo haber utilizado Comunicación Oral, Rumores y Chismes para transmitir mensajes entre personal pertenecientes a otras áreas de trabajo, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	Comunicación Oral: 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca Rumores y Chismes 1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	37 Oral 42 Rumor 47 Chisme
-----------------------	----------------------------------	---	--	---	--	---------	--------------	---	----------------------------------

Tabla 7. Variable. Comunicación Administrativa

Dimensión	Concepto	Subcomponente	Definición Conceptual	D. Operacional	Indicadores	Escala	instrumento	Valores	Ítem No.
-----------	----------	---------------	-----------------------	----------------	-------------	--------	-------------	---------	----------

Características de la Comunicación Administrativa Formal	Comunicación Descendente	Clara	Comunicación que se da sin ambigüedades y fácil de entender y que no contiene expresiones idiomáticas o jergas, que otorgan significados distintos a las palabras.	Percepción de que la Comunicación Formal Descendente es Clara	Porcentaje de personal operativo entrevistado que considera que la frecuencia de la comunicación de los mandos Alto y Medio es clara, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	48
		Precisa	Comunicación cuyo mensaje es comprendido tanto por emisores como por receptores y por lo tanto obtiene una respuesta deseada.	Percepción de que la Comunicación Formal Descendente es Precisa	Porcentaje de personal operativo entrevistado que considera que la comunicación de los mandos Alto y Medio es precisa, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	49
		Oportuna	Comunicación que se lleva a cabo en tiempo y forma.	Percepción de que la Comunicación Formal Descendente es Precisa.	Porcentaje de personal operativo entrevistado que considera que la comunicación de los mandos Alto y Medio es oportuna, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	50

Tabla 7.1. Variable: Comunicación Administrativa

Dimensión	Componente	Subcomponente	Definición Conceptual	D. Operacional	Indicadores	Escala	Instrumento	Valores	Ítem No.
Características de la Comunicación Administrativa Formal	Comunicación Ascendente	Clara	Comunicación que se da sin ambigüedades y fácil de entender y que no contiene expresiones idiomáticas o jergas, que otorgan significados distintos a las palabras.	Percepción de que la Comunicación Formal Ascendente es Clara.	Porcentaje personal de mandos Alto y Medio entrevistado que considera que la comunicación de sus subalternos es clara, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	51
		Precisa	Comunicación cuyo mensaje es comprendido tanto por emisores como por receptores y por lo tanto obtiene una respuesta deseada.	Percepción de que la Comunicación Formal Ascendente es Precisa.	Porcentaje de personal operativo entrevistado que considera que la comunicación hacia sus jefes es precisa, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	52
		Oportuna	Comunicación que se lleva a cabo en tiempo y forma.	Percepción de que la Comunicación Formal Ascendente es Oportuna.	Porcentaje de personal operativo entrevistado que considera que la comunicación hacia sus jefes es precisa, de acuerdo a la escala de valores:	Ordinal	Cuestionario	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	53

Tabla 7.2. Variable: Comunicación Administrativa

Dimensión	Componente	Subcomponente	Definición Conceptual	D. Operacional	Indicadores	Escala	Instrumento	Valores	Ítem No.	Porcentaje de entrevistado que considera que la comunicación con sus compañeros en otras áreas de es clara, de acuerdo a la escala de valores:
Características de la Comunicación Administrativa Formal	Comunicación Horizontal	Clara	Comunicación que se da sin ambigüedades y fácil de entender y que no contiene expresiones idiomáticas o jergas, que otorgan significados distintos a las palabras.	Percepción de que la Comunicación Formal Horizontal es Clara.	Porcentaje de personal entrevistado que considera que la comunicación hacia sus compañeros del mismo nivel laboral es clara, de acuerdo a la escala de valores:	Clara	Comunicación Formal Diagonal	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	54	Porcentaje de entrevistado que considera que la comunicación con sus compañeros en otras áreas de es clara, de acuerdo a la escala de valores:
		Precisa	Comunicación cuyo mensaje es comprendido tanto por emisores como por receptores y por lo tanto obtiene una respuesta deseada.	Percepción de que la Comunicación Formal Horizontal es Precisa.	Porcentaje de personal entrevistado que considera que la comunicación hacia sus compañeros del mismo nivel laboral es precisa, de acuerdo a la escala de valores:	Precisa	Comunicación Formal Diagonal	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	55	Porcentaje de entrevistado que considera que la comunicación con sus compañeros en otras áreas de es oportuna, de acuerdo a la escala de valores:
		Oportuna	Comunicación que se lleva a cabo en tiempo y forma.	Percepción de que la Comunicación Formal Horizontal es Oportuna.	Porcentaje de personal entrevistado que considera que la comunicación hacia sus compañeros del mismo nivel laboral es oportuna, de acuerdo a la escala de valores:	Oportuna	Comunicación Formal Diagonal	1. Siempre 2. Frecuentemente 3. Sólo algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	56	

Tabla 7.3. Variable: Comunicación Administrativa

Dimensión	Componente	Subcomponente	Definición Conceptual	D. Operacional	Indicadores	Escala	Instrumento	Valores	Ítem No.
-----------	------------	---------------	-----------------------	----------------	-------------	--------	-------------	---------	----------

Características de la Comunicación Administrativa Información	Efectos de la Comunicación Informal	Orden directa. Rumores y Chismes	Impresión causada por un mensaje en el ánimo de la audiencia(30).	Percepción de que las órdenes directas, rumores y chismes propician que el trabajo se realice de acuerdo a la escala de valores.	Porcentaje de personas que considera que la comunicación administrativa propicia el buen desempeño en el trabajo.	Ítems de la Comunicación Administrativa	Comunicación Administrativa	Administrativa
						<p>El cuestionario incluye una guía de presentación y todos los apartados cuentan con indicaciones para el llenado del instrumento. Además, cuenta con un espacio para asignarle un número de folio.</p> <p>En el apartado "I" de datos generales que comprende los ítems 1-10, se solicita información de nombre y apellidos, domicilio, edad, puesto, antigüedad, turno laboral y nivel en la línea de mando.</p>	<p>- Con errores</p> <p>- Sin duplicarlo</p>	

4.5 Técnica para la obtención de datos.

En la investigación cuantitativa, la recolección de datos se basa en instrumentos estandarizados; los datos son obtenidos por observación, medición y documentación de mediciones.⁽⁵⁶⁾ El presente trabajo de investigación tiene como propuesta la recopilación de datos a través de una encuesta a partir de la información proporcionada por las personas que laboran en el área de Cirugía General del HRLFN, las cuales forman parte de la muestra seleccionada para la realización del estudio.

La encuesta, de acuerdo a Casas J, Repullo JR y Donado J. es una técnica ampliamente utilizada en la investigación de la salud por que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz, mediante la observación indirecta de los hechos, a través de la información que proporcionan los encuestados, mismos que son abordados de forma masiva, luego de haber sido seleccionados por medio de la técnica de muestreo.

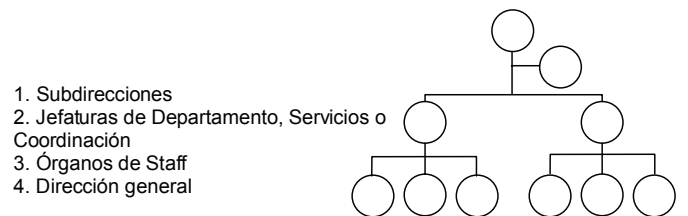
(57)

Para la construcción del cuestionario que será aplicado, fue identificada la variable Comunicación Administrativa. Para un mejor estudio, la variable fue dividida en tres grandes dimensiones, Estructura Administrativa, Filosofía Institucional y Comunicación Administrativa, Tipos y Características.

Un vez realizada esta labor, se procedió a la creación del instrumento de medición, en este caso el cuestionario, el cual está conformado por 65 ítems distribuidos en cuatro apartados: Apartado de Datos Generales, con diez ítems; Apartado de Conocimientos de la Estructura Administrativa, con ocho ítems; Apartado de Conocimientos de la Estructura Institucional con doce

Los ítems comprendidos en el apartado II, los seis ítems tienen que ver con el conocimiento del entrevistado de la estructura laboral y de su área de servicio. Este apartado incluye preguntas con respuestas dicotómicas; ítems con lista enumerada de los departamentos del HRLFN y un esquema para ubicar el nombre de cada uno por orden de jerarquía, ejemplo:

12. A continuación le mostraré un esquema que representa el organigrama del hospital. Por favor ubique los departamentos de acuerdo al orden de importancia de los mismos dentro del hospital.



Además, se incluye un ítem en el que se solicita mencionar los capítulos de la carpeta de Gestión de Calidad del Área de Cirugía General, con el propósito de verificar si esta ha sido dada a conocer al personal del hospital.

En el apartado III que comienza con el ítem 17, las opciones de respuesta por cada uno de estos, son dicotómicas, esto para saber si el encuestado conoce la Misión, Visión, Valores, Objetivos y Políticas del hospital. Si la respuesta es afirmativa se continúa con el siguiente ítem para saber cómo se enteró de estos conceptos. Para responder, el encuestado o la encuestada, cuentan con las siguientes opciones: a) Comunicación oficial, b) Tuve una plática de información a mi ingreso como trabajador del hospital, c) Me lo comentaron mis compañeros en pláticas informales, d) La información la obtuve por cuenta propia y e) No lo sabe o no contestó. Los ítems 28 y 29 solicitan al entrevistado mencionar los nombres de su jefe inmediato y su respectivo

cargo, así como el nombre del director del hospital. Este ítem tiene la finalidad de verificar el conocimiento sobre el nivel jerárquico de los jefes inmediatos del trabajador. El comportamiento del ítem, será sometido a prueba durante la prueba piloto con el propósito de modificarlo o mantenerlo tal y como fue planteado.

El apartado IV cuanta también con una combinación de ítems con respuestas de opción múltiple y abiertas. De las preguntas 30 a 33, las opciones de respuesta son las siguientes: a) Oficio, b) Memorando, c) Carta, d) Circular, e) Tablero de anuncios, f) Pizarra de avisos, g) Voceo, h) Teléfono, i) Mensajes Instantáneos, j) Correo electrónico de MSN, HOTMAIL, Yahoo, etc., k) Otro, indique_____

A partir del ítem 34 al 60 las respuestas son de opción múltiple con una escala de Likert: () Siempre () Frecuentemente () Sólo algunas veces () Casi nunca () Nunca

El ítem 61 solicita enumerar por orden de importancia los medios de comunicación que el trabajador prefiere sean utilizados para la comunicación oficial.

Los ítems 62 y 63 buscan identificar los efectos que produce la comunicación formal e informal en el trabajo diario del Área de Servicio de Cirugía General.

El presente cuestionario es un constructo propio y fue elaborado siguiendo las recomendaciones del libro Metodología de la Investigación⁽⁵⁶⁾ de Hernández R, Fernández C, Baptista P., así como del artículo denominado "La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos"⁽⁵⁷⁾ de Casas J, Repullo JR, Donado J. y el apoyo de la directora de tesis y profesores del Instituto de Salud Pública.

4.6 Plan de validación del instrumento para la recopilación de la información.

Todo instrumento de medición debe reunir tres requisitos fundamentales: confiabilidad, validez y objetividad. ⁽⁵⁶⁾ De acuerdo a Hernández S., la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere a que si este es aplicado de manera repetida a un mismo sujeto, los resultados no varían. Es por tal motivo que es necesario llevar a cabo un proceso de validación del mismo.

En primer lugar, el cuestionario creado para la presente investigación, fue sometido al juicio de expertos, los

cuales brindaron opiniones y puntos de vista que mejoraron el contenido del mismo. El grupo de expertos estuvo integrado por catedráticos del Instituto de Salud Pública. Para la selección de los mismos, una vez que el instrumento fue sometido a la revisión de la directora del presente trabajo de tesis y el asesor externo, se propuso seleccionarlos mediante acuerdo entre ambos catedráticos y el responsable de la presente investigación. Este proceso se efectuó durante la primera quincena de mes de febrero del 2009.

Para dar validez al instrumento, una vez que fue sometido al escrutinio del grupo de expertos, se llevará a cabo una prueba piloto con el fin de comprobar si el instrumento en mención está midiendo realmente las variables que pretende medir.

La prueba piloto se efectuará en durante la primera quincena de marzo del 2009. Se propone aplicar 25 cuestionarios en el área diferente de Cirugía General del HRLFN. Para esto, se harán las solicitudes correspondientes a través de la dirección general del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

4.7 Plan para la confiabilidad de los instrumentos.

De acuerdo a Hernández S. existen diversos y variados procedimientos para calcular si un instrumento de medición es confiable o no. Para la prueba de confiabilidad del instrumento, una los resultados de la prueba piloto será sometidos a la técnica denominada Medidas de Consistencia Interna, que consiste en la estimación de coeficientes de confiabilidad a través del método de Alfa de Cronbach⁽⁵⁶⁾, el cual es un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad, mientras que 1 representa un máximo de confiabilidad. Mediante estos valores se puede comprobar si el instrumento de medición que se evalúa recopila información defectuosa y lo que provocaría conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es, un coeficiente de correlación al cuadrado que mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver si se parecen. El cálculo del coeficiente de Cronbach puede llevarse a cabo de dos formas:^{54;56;58}

a) Mediante la varianza de los ítems y la varianza del

puntaje total:

$$a = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Siendo:

S_i^2 La suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 La varianza del total de filas (puntaje total de los jueces)

K el número de preguntas o ítems.

Para el cálculo del coeficiente de Cronbach, el presente trabajo, aplicará la matriz de correlación de los ítems por su fácil manejo.

4.8 Plan de Análisis.

Para el procesamiento de los datos, del cuestionario aplicado al personal del servicio de Cirugía General del HRLFN, en primer lugar se procederá a la codificación de la respuestas de cada pregunta; en segundo lugar, será creada una matriz en una hoja de cálculo de Excel 2007, en la que serán capturados los datos aportados por el cuestionario, mismo que posteriormente serán exportados al programa Statical Packge for the Social Sciences, versión 14 (SPSS) para su procesamiento.

El análisis estadístico de la información estará íntimamente vinculado con los cuatro objetivos específicos que se derivan del Objetivo General y se describirán sus características por distribución de frecuencias; medidas de tendencia central: media, mediana y moda; medidas de variabilidad: desviación estándar, mínimo y máximo. Por tal motivo, a continuación se hará mención de cada uno de los objetivos específicos y la forma de análisis estadístico de los datos.

1. En cuanto al primer objetivo específico, se describirán las características por las variables socio-demográficas del grupo encuestado en cuanto a su distribución por edad, con frecuencias absolutas y porcentaje por sexo, escolaridad y categoría laboral, utilizando gráficas de barras e histogramas, lo que nos permitirá una fácil visualización de la información descrita. La descripción de este apartado sería como se ejemplifica a continuación: fueron entrevistados 200 trabajadores, de los cuales son 150 hombres que representan el 75% del total y 50 son mujeres que a su vez representan el 25 % del total del grupo estudiado. La media de

edad es de 38 años y una desviación estándar de ± 8 años. La persona de mayor edad de este grupo de encuestados dijo tener 60 años y la más joven fue de 18 años de edad.

2. Como resultado del segundo objetivo específico, se describirá a los grupos de estudio por cada nivel de la línea de mando (Mando Alto, Mando Medio, Personal Operativo, Personal de Servicio Subrogado) en lo referente a turno y promedio de años de laborar en el hospital al obtener desviación estándar y mínimos y máximos de años de antigüedad laboral. Este mismo análisis se podrá realizar también por sexo del nivel de mando, turno y antigüedad laboral, para saber las características de las unidades de estudio.
3. Continuando con el análisis estadístico en relación con el segundo objetivo específico, se describirá por cada nivel de esa misma línea de mando: a) nivel de conocimiento de la Estructura Administrativa y Estructura Institucional y, posteriormente, serán descritas las subdimensiones de la Estructura Administrativa las cuales son: Curso de Inducción, Organigrama, Niveles de Autoridad Laboral de la Organización y Funciones del Área de Cirugía.

En cuanto a estas últimas cuatro dimensiones, el resultado esperado es a) porcentaje de personas que contestaron correctamente a la prueba de conocimiento, b) nivel de conocimiento de las dimensiones de la Estructura Institucional, las cuales son: Misión, Visión, Valores, Objetivos y Políticas de la institución, c) el tipo de medio de comunicación para la transmisión de mensajes en la Comunicación Administrativa tanto formal como informal y, sus dimensiones, descendente, ascendente, horizontal y diagonal; d) apreciación de la calidad de la comunicación de acuerdo a sus características: clara, precisa y oportuna.

4. Se analizará la frecuencia con la que se realiza la comunicación informal en cuanto al uso de indicaciones directas, rumores y chismes, por cada nivel de la línea de mando descrita con anterioridad.

Para completar el análisis, la mayor parte de las variables recibieron valores y puntos de corte con el propósito de definir hasta qué punto los elementos de la comunicación llegan a ser favorables o no para el desarrollo de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos,

- Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. OPS 2002 [cited 2008 Dec 12]; Available from: URL: <http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/00--Frt%20Matter--i-xviii.pdf>
2. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. OPS 2002 [cited 2008 Dec 12]; Available from: URL: <http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/00--Frt%20Matter--i-xviii.pdf>
 3. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. OPS 2002 [cited 2008 Dec 12]; Available from: URL: <http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/00--Frt%20Matter--i-xviii.pdf>
 4. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 2008 [cited 2008 Oct 4]; 1-158. Available from: URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
 5. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médicas especializada. Cámara Federal de Diputados 2000 [cited 2008 Dec 12]; Available from: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html>
 6. Attkisson C, Hargreaves W, Horowitz M, Sorensen J. Administración de hospitales: fundamentos y evaluación. Evaluation of Human Service Programs. México: Editorial Trillas; 2004.
 7. Villanueva M. Del empirismo a la administración y de la ineficiencia a la calidad. Ibiomed 2005 [cited 2008 Dec 13]; Available from: URL: <http://www.imbiomed.com.mx/1/PDF/Rs051-08.pdf>
 8. Fernández C. La comunicación en las organizaciones. 2a. ed. México: Trillas; 2002.
 9. Robbins S, Coulter M. Administración. Pearson Educación 2005 [cited 2008 Oct 30]; 8a, Available from: URL: <http://books.google.com.mx/books?id=YP1-lnmORdgC&pg=PA268&dq=comunicaci%C3%B3n+organizacional&ei=pYEJSYLRPJqMvDTxYcl#PPA266,M1>
 10. Rodríguez E, Riande G. Antología, proceso administrativo. 2008. Ref Type: Unpublished Work
 11. Schaefer M. Administración de programas de higiene del medio. Aplicación de la teoría de sistemas 1975 [cited 2008 Dec 12]; Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_59_spa.pdf
 12. Rodríguez J. Dirección moderna de organizaciones. Cengage Learning Editores 2006 [cited 2009 Feb 9]; Available from: URL: http://books.google.com.mx/books?id=HQqkYkRj8k4C&pg=PA179&pg=PA179&dq=conflictos+de+la+comunicaci%C3%B2n+administrativa&source=web&ots=RL3uzvy-xz&sig=DfhR8KI2kHw3yA_Ds8nrK9BmwU&hl=es&ei=8V6Qsd7OC5CCNdTMiZIL&sa=X&oi=book_result&resnum=8&t=result#PPA180,M1
 13. Macías G. Teorías de la Comunicación Grupal en la Toma de Decisiones: Contexto y Caracterización [Doctor en Comunicación Audiovisual y Publicidad]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
 14. Flores de Gortari S, Orozco E. Comunicación administrativa efectiva e integral. México: Trillas; 2007.
 15. Rebeil MA, RuizaSandoval C. El poder de la Comunicación en las Organizaciones. 1a. reimpresión ed. México, D.F.: Plaza y Valdés Editores/Universidad Iberoamericana; 2008.
 16. Trelles I. Tendencias teóricas fundamentales: conceptos de comunicación organizacional, características y funciones. In: Trelles I, editor. Comunicación Organizacional. 1a. ed. La Habana: Editorial Félix Varela; 2001. p. 1-17.
 17. Martínez de Velasco A. Conceptos de Organización: tendencias teóricas fundamentales. In: Trelles I, editor. Comunicación Organizacional. 1a. ed. La Habana:

- Editorial Félix Varela; 2001. p. 18-38.
18. León A. La comunicación organizacional en México. Enfoques, diseños y problemas en su desarrollo 2006 [cited 2008 Oct 5];34:287-304. Available from: URL: <http://ddd.uab.es/pub/analisi/02112175n34p287.pdf>
 19. Perfil. Asociación Mexicana de Comunicadores 2008 [cited 208 Nov 1];Available from: URL: <http://www.amco.com.mx/>
 20. Desarrollo Gerencial [Diaporama] 2007.
 21. Gilli G. Estructura y función de la comunicación en la sociedad. Sociología de la comunicación de masas 1985 [cited 2008 Oct 28];Available from: URL: <http://www.periodismo.uchile.cl/talleres/teoriacomunicacion/archivos/laswell.pdf>
 22. García J. La comunicación interna. 1a. ed. Madrid: Díaz de Santos; 2008.
 23. Perfil. Asociación Mexicana de Comunicadores 2008 [cited 208 Nov 1];Available from: URL: <http://www.amco.com.mx/>
 24. Desarrollo Gerencial [Diaporama] 2007.
 25. Perfil. Asociación Mexicana de Comunicadores 2008 [cited 208 Nov 1];Available from: URL: <http://www.amco.com.mx/>
 26. Fournier C. Comunicación verbal. 1a ed. México: Cengage Learning Editores; 2004.
 27. Larrea P. Calidad del Servicio: del marketing a la estrategia. Ediciones Díaz de Santos 1992Available from: URL: http://books.google.com.mx/books?id=hJVcH5nSp0C&dq=Calidad+del+Servicio:+del+marketing+a+la+estrategia.&printsec=frontcover&source=bl&ots=tyMR-un76j&sig=5O7Keeg2GYkREcBY_Y8siejaqE&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=2&ct=result#PPA7_M1
 28. Cabrera Y. Conceptos básicos sobre las herramientas de la Comunicación Interna. Los RecursosHumanos Com 2008 [cited 2008 Oct 22];Available from: URL: http://www.losrecursoshumanos.com/phpscript/descargar_pdf.php?id=2711
 29. Contreras H. Modelo de gestión de comunicación para el cambio organizacional y gestión comunicacional: caso Banco de Venezuela/ grupo Santander. Comunicación Organizacional 2008 [cited 2008 Oct 3];Available from: URL: www.rppnet.com.ar/comorganizacional.htm
 30. De la Mota H. Enciclopedia de la Comunicación. 1a ed. México: Editorial Limusa; 1994.
 31. Flores de Gortari S, Orozco E. Comunicación administrativa efectiva e integral. México: Trillas; 2007.
 32. Marfín MV. Planificación en Comunicación: Tres Aproximaciones a su Finalidad en las Organizaciones. Revista Razón y Palabra 2009 [cited 2009 Jan 23];55(2009)Available from: URL: <http://www.razonypalabra.org.mx/antecedentes/n55/mmartin.html>
 33. Nosnik A. El análisis de sistemas de comunicación en las organizaciones: 10 años después. In: Fernández C, editor. La Comunicación en las Organizaciones. 2a. ed. México, D.F.: 2002. p. 111-38.
 34. Nosnik A. Comunicación Productiva. Razón y Palabra 2003 [cited 2008 Dec 14];Available from: URL: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/antecedentes/n34/anosnik.html>
 35. Goldhaber G. Diagnóstico de comunicación organizacional enfoques y métodos. In: Trelles I, editor. Comunicación Organizacional. 1a ed. La Habana: Editorial Felix Varela; 2001. p. 181-253.
 36. Riande G. Análisis y Desarrollo Organizacional del Hospital "Dr. Luís F. Nachón". 2008. 26-8-2008. Ref Type: Slide
 37. Carpeta de Gestión de Calidad del Departamento de Cirugía General. Xalapa: Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón", Servicios de Salud de Veracruz; 2008.
 38. Carpeta de Gestión de Calidad del Departamento de Cirugía General. Xalapa: Hospital Regional "Dr. Luís F. Nachón", Servicios de Salud de Veracruz; 2008.
 39. Masini D. Il Bisogno Di Counseling In Ospedale. Prevenire è Possibile 2008 [cited 2008 Oct 5];Available from: URL: <http://www.prepos.it/tesi%20daniele%20>

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL “DR. LUÍS F. NACHÓN”

Alumna: *Nancy Ramírez Aburto*

Directora de Tesis: *Dulce María Cinta Loaiza*

Asesor Externo: *Gabriel Riande Juárez*

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco teórico

1.1.1 Investigación evaluativa

El término evaluación es una palabra que implica hacer juicios de valor con respecto a una cosa, es decir, “un individuo puede estar investigando un fenómeno (una persona, una cosa, una idea) valiéndose de algún patrón, explícito o implícito”.¹

El término evaluación, Cohen lo define como “una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos”.¹

El objeto de la investigación evaluativa es medir, con la ayuda de la metodología de la investigación, los resultados de un programa a través de la comparación de las metas, para conocer hasta que punto va marchando bien, con el propósito de ayudar a la toma de decisiones para la mejora del mismo, que es la finalidad de la evaluación.²

Se puede hacer evaluación de un determinado programa, proyecto o institución, del clima organizacional, de un producto, o de la calidad de un servicio, como lo es en éste estudio la evaluación del servicio de nutrición.

La evaluación queda designada a la determinación de la calidad de un proceso o actividad humana, el cual está dirigido a determinar el logro de los objetivos.³

La investigación evaluativa tiene muchas semejanzas con otras clases de investigación, “la evaluación pretende conocer y entender la relación entre variables y establecer la relación causal”. Correa menciona que

existen varios métodos, que los evaluadores pueden emplear, para recolectar la información, para este trabajo se utilizará: el cuestionario, la observación y el análisis del contenido de documentos.³

1.1.1.1 Tipos de evaluación

Existen varios tipos de evaluaciones y las diferencias entre ellas se dan con respecto a variados criterios, como son “el tiempo de su realización y los objetivos que persiguen, quiénes las realizan, la naturaleza que poseen, la escala que asumen y los decisores a los que van dirigidas”.² Dentro de los diferentes tipos de evaluación podemos mencionar los siguientes:

1. Evaluación de procesos, “busca detectar las dificultades que se dan en la programación, administración, control, etc.; para corregirlas oportunamente, disminuyendo los costos derivados de la ineficiencia. Su función central es medir la eficiencia con que opera el proyecto”.¹
2. Evaluación formativa, también se le conoce como intermedia, de proceso, configurativa, continua o concurrente, “se caracteriza porque las mediciones de los efectos se hacen en diversos momentos del desarrollo del programa (el diagnóstico, la formulación, la implementación o la ejecución), de tal modo que los resultados o experiencias logradas hasta entonces son utilizados en modificaciones o reorientaciones del mismo”, se aplica en la fase de ejecución de un programa o proyecto y, es recomendable, cuanto éste tiene etapas claramente definidas, con metas intermedias y a largo plazo, o en proyectos que admiten, a manera de retroalimentación, una modificación en la marcha (mejoramiento continuo).³
3. Evaluación sumativa, conocida también como acumulativa, terminal, de punto, de resultado, final de producto o ex-post, “se caracteriza porque se efectúa al término del programa, por lo tanto, sólo se

evalúan los resultados finales, éste tipo de evaluación es el que más aplican las instituciones encargadas de prestar servicios sociales". Evalúa los productos (bienes y servicios producidos y prestados por el programa o proyecto), los efectos (resultados de la utilización de los productos) y el impacto (cambios que permanecen luego de terminado el programa o proyecto).³

4. Evaluación institucional-evaluación de programas, se evalúa a una institución en su nivel de organización, es decir, "se enfoca a las funciones que ella debe cumplir, como son objetivos o metas, pero como momentos puntuales dentro de esas actividades permanentes de la institución". La evaluación de programas se refiere a la evaluación de actividades en relación con los objetivos que son situaciones deseables y que pueden lograrse mediante la estrategia que el programa utiliza y respecto de los cuales se evalúan los resultados alcanzados o no.³
5. Evaluación descriptiva, como su nombre lo dice "describe diferentes situaciones del programa como son características, factores que intervienen y relaciones de asociación entre éstas, se apoya en técnicas de análisis de información descriptiva tanto cuantitativas como cualitativas".³
6. Evaluación externa, que es realizada por agentes externos a la institución o programa, "una evaluación realizada por investigadores externos asegura mayor objetividad en cuanto a la apreciación del funcionamiento y resultados del programa".³
7. Evaluación interna, es realizada por el personal de la institución o del programa.³
8. Evaluación mixta, es realizada por evaluadores externos y personal interno, está es una alternativa que minimiza los inconvenientes de las evaluaciones externa e interna.³

Éste trabajo se inscribe en la evaluación de procesos, la evaluación sumativa, descriptiva y externa.

1.1.2 Definición de Calidad

El término calidad tiene su origen en la palabra latina *qualitas*, que quiere decir "forma de ser con respecto a mis semejantes".⁴

El Diccionario de la Real de la Academia Española define el término calidad como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor".⁵

La calidad no sólo se considera como una propiedad

o conjunto de propiedades inherentes al producto que se fabrica, sino que se le concibe, como la capacidad de un producto o de un servicio para conseguir el objetivo deseado al costo más bajo posible.⁶ Es también considerada como una cualidad mejorable, que un producto o un servicio posee para ser de utilidad a quien se sirve de él; es decir, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios.⁷

El concepto de calidad se ha ido incorporando a la atención médica, desde hace ya unos años, la calidad de un servicio se juzga como un todo, prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito solamente de una u otra acción.⁴

1.1.3 Calidad de la atención médica

Aguirre⁸, define la calidad de la atención médica como:

"Otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado, comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud y satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuya a mejorar su calidad de vida"

Menciona que la atención médica al usuario se debe de otorgar con equidad, oportunidad, calidad y humanismo, con el uso de la tecnología apropiada, con resultados congruentes con el objetivo de la atención y satisfacción de las necesidades de salud y expectativas del usuario, prestador de servicios e institución donde se otorga la atención.⁹ Como requisito indispensable de calidad en la atención del paciente, se deben respetar los principios éticos, otorgarse una atención con respeto a la opinión, pudor y privacidad que requiere el paciente, con apego al secreto profesional; así como, mantener una comunicación con el usuario, es decir, a través de la información a los usuarios y familiares, escuchar los problemas que generan angustia en el paciente y brindarle apoyo para su solución, prevenir su insatisfacción y la generación de quejas y demandas. La alimentación hospitalaria, debe tener una buena presentación, sabor, congruente con sus preferencias y costumbres personales y posibilidades de comerla, siempre acorde con la prescripción determinada. Considera también que la calidad de la atención médica puede enfocarse desde tres ángulos diferentes: conforme a la satisfacción

de las expectativas del usuario, de la institución y del trabajador; y propone la evaluación del proceso y los resultados de la atención médica.¹⁰

Para Donabedian¹¹, la calidad es una propiedad que la atención médica debe poseer en grados variables y la valoración que se hace en relación con la calidad de la misma, se da sobre el personal de salud que atiende al usuario y el contexto donde se brinda la atención. Las dimensiones de la calidad de la atención a la salud son: aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades.

La dimensión técnica, es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, en relación con un problema personal de salud, también se refiere al uso de los recursos (financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo).¹¹

La dimensión interpersonal, consiste en la interacción social que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud.¹¹

Las amenidades, describe características como son una sala cómoda y agradable, sabanas limpias, alimentación adecuada, calidad de la comida, privacidad, cortesía, etc.; éste autor consideró a las amenidades como parte o contribución al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente.¹¹

Para evaluar la calidad de la atención, propone tres enfoques, que son: estructura, proceso y resultado. La evaluación de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica, la organización financiera y otros.¹¹

El proceso es una "serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. Interesa determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica; es decir, la aplicación de la ciencia y tecnología médicas a un problema de salud de la población. Para la evaluación del proceso se puede realizar a través de la observación directa o por medio de la revisión de información registrada y así conocer como se están llevando a cabo las cosas".¹¹

La evaluación del resultado, de la atención médica, se da en términos de recuperación y restauración de la salud del individuo. Los resultados, son en general, los indicadores concluyentes para dar validez a la eficacia y

calidad de la atención médica.

La gestión de calidad es uno aspectos de la función directiva de una empresa, que involucra y emplea la política de calidad, e implica tres procesos que son la planificación, organización y control⁴ dentro de éste último proceso un aspecto importante a destacar es la evaluación, ya que es donde el presente estudio se ubica, uno de los métodos que ayudan a evaluar la calidad de las instituciones son las normas ISO 9000.

Gómez, menciona que las normas ISO 9000 son una guía para la gestión de calidad, una de ellas es la norma ISO 9001:2000 que se refiere a sistemas de gestión de calidad y está enfocada a establecer los requisitos para la certificación de unidades médicas, es decir, está enfocada al aseguramiento de la calidad, del producto y de la satisfacción del usuario. Dentro de sus objetivos se encuentran, poder satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, así como mejorar el servicio de la organización.¹² Si el sistema de gestión de calidad que una institución implemente, se basa en esta norma, le ayudará a obtener homogeneidad de los productos, eficacia en la gestión, disminución de los costos por la mala calidad y mejorará la satisfacción del usuario.¹²

La Secretaría de Salud, para la acreditación de las unidades médicas, tiene un manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud, cuyos indicadores para establecimientos de segundo nivel de atención son: Acreditado, cuando cumple del 85 al 100% de los requerimientos y No acreditado, cuando cumple con menos del 85% de los requerimientos.¹³

El Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), maneja un programa de indicadores establecidos, el cual es el Sistema Nacional de Indicadores de Salud, Sistema INDICA¹⁴, con el fin de monitorear la calidad de sus servicios de salud. Éste sistema maneja una semaforización para evaluar la satisfacción de los usuarios, a través del *Índice Trato digno*, el cual está conformado por los siguientes indicadores:

a) Oportunidad de la atención	>= 85%	>= 70 < 85	< 70%
b) Información proporcionada por el médico	>= 85%	>= 70 < 85	< 70%
c) Trato recibido	>= 90%	>= 70 < 90	< 70%

Cada uno de estos indicadores está integrado de la siguiente manera:

- a. Satisfacción por la oportunidad de la atención
- b. Satisfacción por la información entre médico y los usuarios
 - Satisfacción con la comunicación médico-paciente
 - Explicación sobre el diagnóstico
 - Explicación sobre el tratamiento
 - Explicación sobre los cuidados a seguir
 - Claridad de la información
- c. Satisfacción por el trato recibido
 - Usuarios satisfechos por el trato recibido
 - Localización de malos tratos

El conjunto de estos indicadores ayudaran a medir el grado de satisfacción de los pacientes. Para fines de éste estudio, de los elementos antes descritos sólo se tomaron: explicación sobre el tratamiento, sobre los cuidados a seguir, la claridad de la información y el trato recibido; si bien no son todos los elementos que se maneja el Sistema Indica para evaluar la satisfacción de los usuarios, estos nos permitieron tomar la misma escala, la se encuentra descrita en el apartado de metodología.

Dentro los servicios que presta un hospital, el Servicio de Nutrición es de gran importancia, ya que proporciona a los usuarios del hospital los alimentos, que constituyen la dieta diaria durante el tiempo en que permanecen internados en él. La alimentación de los pacientes constituye parte de su tratamiento y la institución hospitalaria debe de asegurar la cantidad de alimentos servidos, la calidad de los mismos, la presentación, la uniformidad en la elaboración, el aporte calórico necesario, la variedad de los menús y las garantías higiénicas y sanitarias reglamentarias. Su objetivo es el de ofrecer una alimentación oportuna, adecuada, equilibrada y de acuerdo a la patología de los usuarios hospitalizados, cumpliendo con los procesos de buenas prácticas y encaminados a la pronta recuperación de los mismos.¹⁵

En este estudio las dimensiones que se toman son, la técnica en donde son aplicados los conocimientos del personal de nutrición en los procesos y actividades que cada uno de estos deben realizar, así como, el uso adecuado de los recursos con que se cuentan, para poder brindar un servicio de calidad al paciente hospitalizado;

es decir, el producto de un servicio de nutrición es el de ofrecer una alimentación que cubra las necesidades y expectativas de los usuarios a la que va dirigida, lo cual involucra, el tipo de alimentación para cada paciente, el contenido nutricional, las características organolépticas, así como cada uno de los procesos que el personal debe de seguir para la obtención del producto final que es la alimentación del paciente, lo anterior tiene la finalidad de mantener o mejorar el estado nutricional y de salud de los individuos¹⁶, por lo anterior evaluar el apego del personal de nutrición a los procesos normados y la percepción que tiene el usuario respecto a las características organolépticas de la alimentación y el horario en que son servidos los alimentos, resulta fundamental si se quieren lograr servicios de calidad.

Y la dimensión interpersonal, donde se considera la interacción que el nutriólogo establece con el paciente, a través de la atención, el trato y la comunicación. Las amenidades están integradas en ésta dimensión como se mencionó anteriormente.

Los resultados de la atención médica, son el producto del conjunto de los procesos realizados –entre ellos los orientados a la nutrición de los pacientes-, que al ser evaluados permiten conocer la calidad de la atención prestada y su impacto en la salud, en la eficiencia y en la satisfacción del usuario; ésta última, se evalúa mediante encuestas, investigando la accesibilidad a los servicios, trato personalizado, oportunidad de la atención conforme a la esperada, trato amable, ambiente confortable, información suficiente y resultados congruentes con los esperados.⁴

El servicio de nutrición de una institución hospitalaria, está sujeto a exigencias de calidad y seguridad, ya que debe estar al servicio del usuario, informándole y tratando de conciliar los gustos del paciente con las limitaciones de su padecimiento y no tratando de imponerlos. Si los usuarios consideran que el producto que les ofrece no es lo que esperaban, lo rechazarán y, como consecuencia, los procesos que se realizaron serán improductivos. La respuesta del usuario representa la calidad del servicio brindado.¹⁷

En México se ha ido incorporado el medir la satisfacción de los usuarios para evaluar la calidad de los servicios de salud.¹⁸

La atención que el personal de salud ofrece, es un elemento importante en el trato que recibe el paciente, por lo que, no sólo es necesario enfocarse a los aspectos

clínicos, sino que también, se debe de tomar en cuenta los aspectos del cuidado, el trato y la comunicación entre el personal de salud y los usuarios.¹⁸

En las últimas décadas se ha promovido en los usuarios de los servicios de salud una actitud de satisfacción, esto a través del derecho de ellos a opinar sobre el servicio recibido; se ha descubierto que si el paciente está satisfecho seguirá las recomendaciones médicas, de enfermería, farmacológicas, de dieta, etc.; que se le indiquen.¹⁸

Esta satisfacción del usuario es determinada por el logro o cumplimiento de las expectativas, con las que acude a solicitar o recibir el servicio, y es definida como: el gusto o agrado del usuario con relación a la atención recibida por los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención recibida.¹⁹

Donabedian, define la satisfacción del usuario como, "una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente y que además es una medida de control objetivo de la calidad de los servicios de salud".¹¹

El conocimiento de la opinión de los usuarios sobre los servicios recibidos es una manera de mejorar la calidad, por lo que la satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia médica y una medida útil de su calidad.²⁰

Para esto, es necesario desarrollar mecanismos para conocer las opiniones de los usuarios y la forma como éstas se transforman en características de la atención; se deben de tomar en cuenta el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, así como las condiciones en que se presta la atención: orden, aseo, comodidad y la intimidad.²¹

La aplicación de las encuestas de opinión, es con la finalidad de conocer la percepción que tiene los usuarios respecto al servicio recibido. Las encuestas de satisfacción ayudan a evaluar el servicio recibido, de manera global, por parte de la institución de salud o la atención de un servicio específico durante su estancia hospitalaria, en éste estudio se considera sólo la evaluación con respecto al servicio de nutrición.¹⁸

1.1.4 Calidad percibida

Es de gran utilidad el conocer aquellas fuentes informativas

que proporcionan datos sobre la calidad percibida por los usuarios, entre ellas se encuentra las reclamaciones, que son la expresión de la opinión del usuario en relación con un acto o proceso asistencial, con las relaciones interpersonales, con la comunicación, con las condiciones de habitabilidad, hostelería u otros aspectos, que son consecuencia de la atención médica o sanitaria recibida en una institución de salud, que no le han satisfecho, de la cual el usuario espera una actuación o respuesta. Dentro de los tipos de reclamaciones están:²²

- Asistenciales: errores diagnósticos, accidentes asistenciales, desacuerdos con el alta, traslados e infecciones nosocomiales
- Trato: despersonalizado, poco respetuoso y ausencia de intimidad
- Información: insuficiente, ausencia de confidencialidad
- Organización y trámites: demoras, anulaciones, pérdidas e incumplimiento de normas
- Hostelería, habitabilidad y confort: silencio, alimentación y limpieza

Otras fuentes, para conocer la calidad percibida, son las encuestas de opinión, en donde la opinión de los usuarios o pacientes atendidos, en relación con los diferentes servicios proporcionados en la institución, permiten determinar el nivel de satisfacción de los mismos e identificar motivos de insatisfacción.

Para cerrar este apartado teórico, se hace necesario resaltar que éste estudio se basó en el modelo de Donabedian, evaluando la dimensión técnica, con relación a los procesos que el personal de nutrición debe de seguir en cuanto a las dietas para los pacientes, su elaboración y preparación de éstas; y la dimensión interpersonal, es decir, la relación que se establece entre el nutriólogo y el paciente durante su estancia hospitalaria. Se escogió este modelo ya que los demás autores se basan en él y consideran que es el más completo, porque presenta todos los aspectos que se deben tomar en cuenta para evaluar la calidad de un servicio.

En la dimensión técnica, se evaluaron los procesos, es decir, el apego al manual de procedimientos a seguir en relación con las dietas a pacientes, la elaboración y preparación de los alimentos y la recepción y distribución de los mismos; definiéndose como apego la inclinación hacia alguien o algo;² el manual de procedimientos conduce, de forma secuencial, la manera de realizar una actividad, define las responsabilidades de quienes

participan en las funciones y delimita las áreas para la realización de las operaciones del servicio.²³

En la dimensión interpersonal, es importante considerar el trato que se le brinda al paciente. El trato digno, se define como "el derecho de quien demanda un servicio de salud, de ser tratado como persona, con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación desigual, debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información"; dos de sus subelementos son: ser tratado con respeto y amabilidad por el personal de nutrición, con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio²⁴ y la comunicación entre el nutriólogo y el paciente, que es definida como el medio a través del cual se comienza las relaciones con los usuarios, debiendo usarse adecuada y principalmente para la solución efectiva de las causas de quejas y de las reclamaciones¹²; además de que es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad, oportuna y clara sobre su tratamiento dietético y recomendaciones a seguir, respecto a su alimentación.²⁴

Para conocer la satisfacción de los usuarios²⁵, la cual es definida como el agrado o estado afectivo resultado de la percepción de él, en relación con aspectos de la atención recibida y de la capacidad técnica del personal de nutrición, considerando las características organolépticas de la dieta, que son las propiedades físicas y biológicas que permiten conocer la calidad de la alimentación, éstas son: aroma, sabor, textura, presentación, cantidad y temperatura y que van a determinar la actitud del individuo hacia el alimento²⁶; además de las antes definidas en la dimensión interpersonal (trato y comunicación).

1.2 Marco empírico

En una revisión en diferentes bancos de información para buscar estudios que, sobre la temática planteada, se hubieran realizado, se encontraron los siguientes trabajos.

Pico y colaboradores²⁷, realizaron un estudio en pacientes internados en el Hospital Garra de Argentina, en el 2001, con el objetivo de saber cuál era la satisfacción de los pacientes y mejorar el servicio de alimentación, para esto se aplicó una encuesta de opinión a aquellos pacientes que tuvieran más de 7 años de edad y con indicaciones diversas de planes de alimentación. Dicha encuesta contenía variables respecto a la comida, al personal y al servicio. Para medir las variables se hizo una escala, que abarcó desde muy satisfactoria, satisfactoria

e insatisfactoria. Los resultados que se obtuvieron fueron que la satisfacción en promedio total fue muy satisfactoria en el 86.11%, satisfactoria en el 10.52% e insatisfactoria en el 3.3%. Sólo cinco pacientes tuvieron síntomas gastrointestinales y uno percibió insatisfacción con el sabor.

Andrade W. y colaboradores²⁸, en el Departamento de Nutrición del Hospital Iquitos, Perú, en septiembre de 2006, realizaron una evaluación, con el objetivo de impulsar procesos de mejora de calidad en los servicios de salud, a través de la aplicación de una "Guía para evaluación de calidad" y así poder evaluar e identificar las problemáticas entre la calidad esperada y la realidad del establecimiento, para de esta forma orientar al equipo de salud a mejorar continuamente sus procesos. Los instrumentos que se utilizaron fueron la observación directa, entrevista y encuesta. Esta última se aplicó a trece trabajadores del Departamento de Nutrición encontrándose que: el 100% conocen los servicios que brinda el departamento, tiene vocación de servicio que se ve reflejada en una buena disposición para atender a los clientes, tiene un trato amable para los clientes con el fin de que se sientan bien atendidos y tienen y muestran una actitud positiva y abierta al diálogo que dé confianza a los clientes.

Con respecto a los procesos, el 18% contestó que si se recibía la mercancía y productos solicitados, comprobando que cumplen con la petición de compra y el 11.8% respondió que no; en cuanto al almacenamiento de la mercancía recibida según su naturaleza en los lugares designados, el 94% respondió que sí se realiza y el 6% que no. El 35% respondió que el responsable sí brinda información a los clientes sobre el menú elaborado. En cuanto si creen que los clientes están satisfechos con el servicio brindado, el 35% respondió que sí y el 65% que no.

Santillán L²⁹, en el informe de la encuesta de satisfacción del usuario interno y externo del departamento de nutrición en un hospital de Iquitos, Perú, realizada en el 2006, evaluaron la satisfacción del usuario interno (personal) y externo (pacientes hospitalizados). La encuesta constó de tres apartados: aspectos generales, percepción del usuario respecto a la atención recibida y recomendaciones y sugerencias. Los resultados encontrados respecto a la satisfacción de los pacientes hospitalizados fueron los siguientes: el 54 % respondió que el personal de nutrición lo trató con respeto y amabilidad siempre; en cuanto si lo escuchó y atendió sus inquietudes, 42% dijo que siempre; el 64% respondió que no le preguntaron si el menú que le brindaron

fue bueno; el 62% que los alimentos siempre llegaron según la dieta indicada por el médico; con respecto a la temperatura adecuada, el 50% dijo que siempre. Concluyen que la satisfacción del usuario va a depender de la calidad de los servicios, así como también de sus expectativas, cuando se cubren o se exceden éstas, el usuario estará satisfecho con el servicio. Los usuarios se sienten bien al participar en encuestas y entrevistas, pero su satisfacción no significa que la calidad es buena y que las expectativas son bajas. La satisfacción del usuario es un indicador de la calidad, difícil de evaluar.

El Diario Oficial Ciudadano^{30, 31} publicó que en el Hospital Nuestra Señora del Prado, de Talavera de la Reina, España, en junio 2006, se realizó una encuesta de satisfacción, con el fin de evaluar y analizar las áreas que lo integran y compararlo con estancias anteriores de los pacientes. Se aplicó a pacientes y a sus familiares. Dentro de los resultados que obtuvieron fueron que, de manera general, era muy buena la alimentación y la limpieza del hospital, ningún paciente hospitalizado mencionó que el servicio hubiera empeorado, con respecto a sus estancias anteriores, sino que por el contrario, aseguraron que ambos servicios habían sido iguales o mejores. El 64 %, de los pacientes y familiares encuestados, consideraron como muy buena o excelente la cantidad de comida servida; el 57.8 %, valoró de la misma forma la calidad de los alimentos; así mismo, obtuvieron una buena calificación con respecto a la variedad de los menús, la temperatura y la presentación de los alimentos.

Bazán y colaboradores³², en el Hospital Dos de Mayo, de la ciudad de Lima, en el 2007, evaluaron la satisfacción del usuario hospitalizado y la percepción de la calidad de la atención de un servicio de alimentación, a través de un cuestionario, encontrando lo siguiente: el 59.5% de los pacientes tuvieron una satisfacción completa, el 39.6% intermedia y el 0.9% estaba insatisfecho. En relación con la calidad del servicio encontraron que el 16.2% de los pacientes la percibieron como muy buena, el 24.3% como buena, el 57.7% como regular y el 1.8% la percibió como mala.

Por otro lado, González y colaboradores³³, en el Hospital Regional Carlos Haya, de Málaga en Madrid, en el 2008, evaluaron la satisfacción de los pacientes con respecto a la temperatura de la comida y cuantificaron la cantidad ingerida, con relación a si se servía en carros isotérmicos o no. Se realizaron encuestas de satisfacción durante cinco días, a pacientes del hospital, se les preguntó sobre la cantidad ingerida durante las comidas y si los pacientes

respondieron no haber comido toda la cantidad que se les servía, se les preguntaba el motivo: falta de apetito, náuseas, falta de autonomía, sabor u olor. Los resultados que obtuvieron fueron que el 69.3% de los pacientes se comió la mitad o menos de lo que contenía la charola durante el almuerzo y el 67.7% durante la cena. Las causas más frecuentes fueron la disminución del apetito, no gustarles la comida y el sabor; como causas menos frecuentes fueron el olor, la cantidad de comida, presentar náuseas o vómito, cansancio y falta de autonomía. En cuanto a la temperatura de la comida, el 62% de los pacientes la calificó como buena, con respecto a la presentación el 95% la calificó también como buena. Encontraron datos similares, a los de otros estudios publicados, en lo referente a la disminución de la ingesta por falta de apetito, por el olor de la comida, el sabor, su presentación, pero la temperatura es la que más influye en la cantidad ingerida y en la satisfacción de los pacientes.

1.3 Marco contextual

1.3.1 Antecedentes del Hospital "Dr. Luís F. Nachón"

El Hospital "Dr. Luís F. Nachón", surge en 1820 como un albergue que daba atención a mujeres con enfermedades de transmisión sexual, era además albergue y centro de asistencia eclesiástico atendido por monjas; en 1837, deja de ofrecer sus servicios a un solo público y abre sus puertas a pacientes que fueron infectados por un brote de tifoidea en la región.³⁴

Con el surgimiento de las Leyes de Reforma, los bienes del clero pasan a formar parte del Estado y es así como el hospital pasa a manos del gobierno, convirtiéndose en un hospital público, en 1858.³⁴

En 1862 toma la nomenclatura de Hospital Civil hasta 1956, cuando el Lic. Marco Antonio Muñoz gobernador del estado de Veracruz, le da el nombre de Hospital "Dr. Luís F. Nachón", en honor a un médico del mismo nombre, quien fuera director del mismo.³⁴

A principios de siglo XX, inició su función como parte de la Dirección General de Asistencia Pública, siendo el hospital de referencia en atención médica para todo el estado.

En el año de 1962, el hospital ofrecía los servicios de: consulta externa, medicina general, cardiología, medicina dental, enfermedades de la piel y alergias, oftalmología, otorrinolaringología, diatermia y

metabolismo basal; y los servicios de hospitalización con que contaba eran: sala de medicina de hombres, medicina de mujeres, sala de ortopedia, sala de cirugía de hombres, de cirugía de mujeres, maternidad, cuartos de distinción, sala de detenidos o reos internos, dos salas de operación con todos sus servicios, departamento de rayos X, departamento de anatomía patológica, laboratorio y banco de sangre y otros como: farmacia, comedor, cocina, lavandería, biblioteca y auditorio para sesiones.³⁴

En 1997, a partir de la descentralización de los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado con respecto a la federación, se crea un organismo público descentralizado llamado Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), al cual se integra el hospital a través de la Subdirección de Atención Médica y de ésta forma pasa a formar parte de las 53 unidades de segundo nivel de este organismo público.³⁵

El Hospital "Dr. Luís F. Nachón", actualmente es una unidad médica de segundo nivel de atención, que depende de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) ubicada en la calle Pedro Rendón No. 1 esquina con Nicolás Bravo, en el centro de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

La unidad hospitalaria cuenta con una plantilla de 1053 trabajadores, dividida en cuatro categorías: personal médico, enfermería, paramédicos y personal administrativo; teniendo una población de responsabilidad de 929,758 pacientes, provenientes de 49 municipios del centro del estado de Veracruz y además recibe población referida de las Jurisdicciones Sanitarias V Xalapa y IV Martínez de la Torre, recibiendo pacientes de estas zonas a través de la referencia de 9 hospitales de segundo nivel y 218 unidades de primer nivel.

Actualmente el hospital se encuentra en un proceso de desarrollo hospitalario, a través del Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, este modelo es una herramienta gerencial que permite darle respuesta a las políticas en salud, así como establecer y cumplir los objetivos de calidad que debe tener toda organización.³⁶

Se basa en varios puntos que son: ³⁶

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, otorgando servicios con calidad técnica, trato digno, estimulando el desempeño de los prestadores del servicio, inmersos en una cultura de calidad
- El impacto en la sociedad, conseguirlo mediante un

liderazgo que impulse la política y estrategia de la organización, las alianzas y los recursos

- El desarrollo de procesos estructurados, hacia la consecución de la eficiencia y eficacia en los resultados
- Llevar a la unidad a ser reconocida como un valor creado, percibido por sus usuarios, sus trabajadores y por la sociedad a la que sirve
- Este Modelo tiene aplicabilidad en cualquier tipo de organización, sea de atención médica o administrativa

Los principios en los que se fundamenta este modelo son, el enfoque al usuario, prevención, trabajo en equipo, medición y mejora continua. Cuenta con ocho criterios que utiliza para evaluar el sistema de gestión de calidad, para los fines de este estudio sólo se apoyará en los siguientes: "a) Usuarios, que describe el método para conocer las necesidades de la población usuaria y cómo se perciben los servicios proporcionados, midiendo periódicamente su grado de satisfacción; b) Administración y mejora de procesos, que describe el sistema que la unidad ha diseñado para mejorar sus servicios, a través de equipos de trabajo específicos que desarrollen ciclos de mejora y garanticen la creación de valor de usuarios internos y externos; y c) Valor creado, que se refiere a la realización del análisis causal, entre los servicios finales y los procesos establecidos para producirlos; de manera general se evalúa la calidad percibida cómo un Valor creado, desde el punto de vista de la satisfacción de sus usuarios, de los prestadores del servicio, de la organización misma y de la sociedad a la que sirven".³⁶

Éste modelo se está aplicando en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón" para transformarlo en una organización de clase mundial y, uno de los objetivos intermedios de este plan, es obtener la certificación por el Consejo de Salubridad General.

1.3.2 Misión

La institución se cataloga como "un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiera y, en especial, a la de menores recursos económicos, formando y desarrollando recursos humanos para la salud"³⁴

1.3.3 Visión

La institución se visualiza como "un hospital de especialidades certificado, que proporciona seguridad

a sus usuarios, con una cultura organizacional de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, reconocidos a nivel nacional, con sentido humano y ética, que brinden una atención médica de excelencia; a través de la generación y transmisión de conocimiento”³⁴

1.3.4 Valores

Dentro de los valores que lo guían destacan: actitud de servicio, alto sentido humano, compromiso social, comportamiento ético, excelencia, innovación continua, trabajo en equipo, lealtad y sentido de pertenencia.³⁴

1.3.5 Objetivo general del Hospital “Dr. Luís F. Nachón”

El hospital como parte del Sistema Estatal de Salud, tiene como objetivo “brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia e este último”³⁴

1.3.6 Objetivos específicos del Hospital “Dr. Luís F. Nachón”

Dentro de los objetivos específicos, se destacan:³⁴

1. Cubrir al 100% los requisitos de Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) de los Servicios de Salud en la atención brindada a los usuarios.
2. Inducir y sensibilizar al puesto al 100% del personal.
3. Lograr el sentido de pertenencia del personal, mediante la motivación y el reconocimiento de logros que contribuyan al desarrollo del hospital.
4. Ampliar o actualizar los conocimientos del personal.
5. Difundir y operar programas prioritarios de salud y académicos, dentro y fuera de la institución.
6. Participar en la formación de recursos humanos para la salud.

1.3.7 Política de calidad

En términos de la política de calidad, de manera clara la institución enfatiza: “estamos comprometidos en implementar, aplicar y mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos, para el cumplimiento de los objetivos en las áreas de asistencia, enseñanza e investigación, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes y familiares, lo que permite tener un Modelo de Gestión de Calidad que proyecte al hospital a un nivel de clase mundial”³⁴

1.3.8 Políticas del Hospital “Dr. Luís F. Nachón”

Aunque el hospital tiene una amplia gama de políticas, para los fines de este trabajo se destaca sólo las siguientes:³⁴

1. En el Hospital “Dr. Luís F. Nachón”, los pacientes y sus familiares son lo más importante para todos los trabajadores.
2. Para los trabajadores es obligatorio llevar a cabo sus actividades aplicando el código de ética, garantizando el trato humano y profesional a cada paciente.
3. Se eficientiza el uso de los recursos humanos y materiales disponibles, manteniendo la calidad de atención al paciente.
4. El hospital atiende con calidad a toda la población que demanda servicio, con énfasis en la de menor recurso económico.

1.3.9 Organigrama del Hospital “Dr. Luís F. Nachón”

El hospital se encuentra organizado en 38 áreas de trabajo o unidades administrativas, diez de ellas de staff de la dirección, dos subdirecciones operativas (médica y administrativa); de la primera dependen 17 unidades operativas, una de las cuales es el departamento de nutrición.³⁴

El organigrama (Figura No. 1) ayudará a ubicar el departamento de nutrición dentro de la institución y permitirá conocer de quienes depende y con quien tiene una relación directa, ya que ahí es donde se llevará a cabo el estudio.

1.3.10 Servicio de nutrición

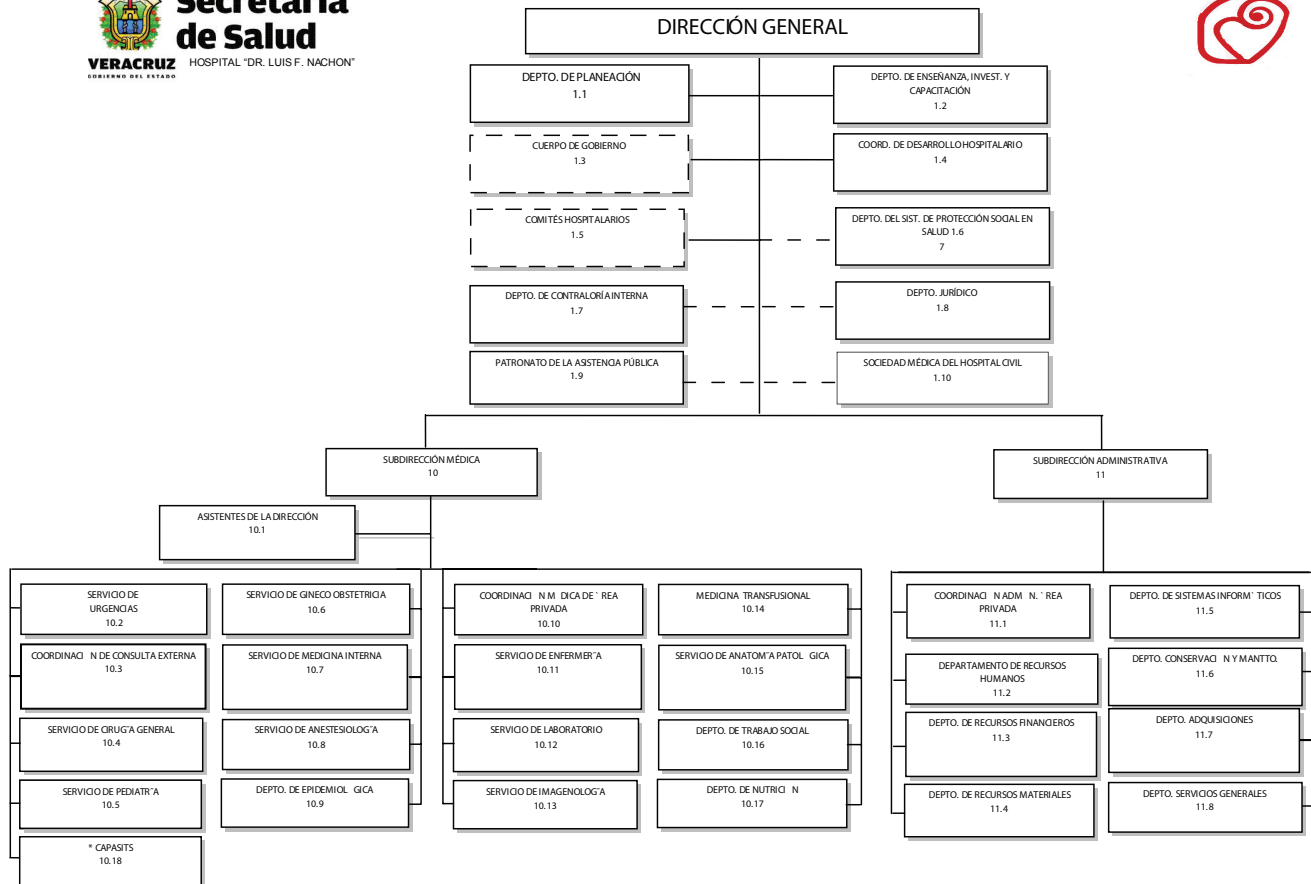
El Departamento de Nutrición se creó hace 28, años con los egresados de la primera generación de la Facultad de Nutrición, en el año de 1980, los cuales iniciaron sus prácticas de servicio social en esta institución. Sin embargo, será hasta 1982 que aparezca la Jefatura del Departamento de Nutrición quien creará el departamento en forma, con un organigrama donde se incluirá, Nutrición hospitalaria, Bodega, Cocina terapéutica y Banco de leche. Posteriormente, en noviembre de 1983, se establece la primera plaza de base de Nutrióloga, auxiliada de un ecónomo y de pasantes en servicio social de la Facultad de Nutrición.³⁴

La Licenciada en Nutrición, ya de base en la institución, inició las gestiones para que la alimentación de los pacientes fuera la adecuada según su patología e implementan recorridos hospitalarios con los médicos especialistas de las diferentes salas. Durante muchos años ella trabajó exclusivamente

apoyada por los pasantes en servicio social, fue hasta el año de 1990, en que se contrata la primera suplente por necesidad del servicio, la segunda plaza se otorga en el año de 1997 y en 1999 se crea la tercera plaza de nutrición, desde entonces a la fecha ha ido creciendo, pero aun conserva a la misma Jefa de departamento desde hace 27 años.³⁴

1.3.10.1 Objetivo general del servicio de nutrición

El objetivo del servicio de nutrición es “proporcionar previa valoración de nutrición a los pacientes, sus respectivos servicios de alimentación (desayuno, comida, cena y colaciones), así como al personal del Hospital “Dr. Luís F. Nachón” con derecho a la alimentación en sus turnos correspondientes (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada)”³⁵



1.3.10.2 Objetivos específicos

Dentro de los objetivos específicos se destacan:³⁴

1. Valorar el estado nutricional del paciente hospitalizado
2. Proporcionar, de acuerdo al diagnóstico médico y nutricional, la alimentación adecuada a cada paciente, tomando en cuenta su cultura alimentaria, su situación socioeconómica, así como su lugar de residencia

El departamento de nutrición cuenta con las áreas de cocina central, área de porcionamiento, laboratorio de formulas lácteas, consulta externa adultos y consulta externa pediatría.³⁴

El personal con que cuenta es; un Jefe de departamento, once nutriólogos adscritos, veinte cocineras, diecisiete auxiliares de cocina, cuatro ecónomos y una secretaria; más los suplentes que son siete nutriólogos, dos ecónomos y

nueve auxiliares de cocina.³⁵

El Departamento cuenta con un manual de procedimientos que está elaborado con base en las 18 normas que se manejan ahí, y está integrado por diez procesos, cada uno con la descripción de sus actividades y el flujograma correspondiente al proceso, los cuales están relacionados con la atención nutricional a pacientes hospitalizados, incluye los procedimientos de *Dieta a pacientes y Elaboración y preparación de alimentos; Atención en laboratorio de fórmulas y dietas especiales, incluye Preparación de fórmulas lácteas, Preparación de dietas especiales, Requisición anual de insumos y Control estadístico del laboratorio de fórmulas; y Atención nutricional en bodega de alimentos y Atención nutricional en consulta externa* incluye *Recepción y distribución de víveres, Recepción y distribución de personal, Menú para personal y Evaluación nutricional de pacientes de consulta externa.*

El Departamento de Nutrición sirve aproximadamente 7,200 raciones mensuales a pacientes de sala general y área privada y personal que la labora en la institución. El número aproximado de usuarios que se benefician son de 95 pacientes hospitalizados diarios; y en el período de enero a septiembre de 2008, se sirvieron 68,416 raciones a pacientes.³⁴

Este departamento cuenta con un Diagnóstico Situacional³⁵ (Diagnóstico de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, FODA) el cual muestra que dentro de sus fortalezas están, el tener una programación adecuada de víveres no perecederos, contar con plantilla completa (bases) de preparadores de alimentos y nutriólogos, disponibilidad de tiempo por personal, capacidad de gestión de la Jefa de Departamento, trabajo en equipo, control adecuado de actividades, organización adecuada, espacio físico y equipo adecuado en consulta externa, ubicación del espacio y equipo en banco de leche, participación en la programación y presupuestación y la Jefa del Departamento forma parte del cuerpo de gobierno. Dentro de las oportunidades están la certificación, departamento de enseñanza, proceso de basificación para contar con plantilla completa, buena relación con departamento de adquisición y almacén, comunicación con empresas y laboratorios y las juntas de gobierno.

Por otro lado, las debilidades del departamento son: la apatía al trabajo por parte del personal suplente, no contar con suplentes suficientes, no aplicación de

normas o reglamentos por desconocimiento, apatía y falta de dotación de ropa oficial, no aplicación de sanciones a personal suplente por su escasez y falta de capacitación a tiempo; las amenazas detectadas fueron los recursos financieros por el cambio de marcas de mejor calidad, retraso en pago a proveedores, presupuesto insuficiente, equipo faltante o en malas condiciones, piso en mal estado, falta de seguimiento en el programa de mantenimiento preventivo, insumos insuficientes en ocasiones para las dietas, no dotación de uniformes y comunicación insuficiente con enfermería.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, menciona que para poder mejorar las condiciones de salud de una población es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad, efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios, además de que deben de ofrecerse en unidades dignas, que cuenten con las características de infraestructura, equipamiento y recursos humanos y materiales adecuados para brindar servicios de salud de calidad a la población.³⁷

Para lograr esto, es necesario contar con un sistema sectorial de calidad, sustentado en la medicina basada en evidencia, modelo de calidad total, difusión de buenas prácticas y orientación de los servicios hacia los usuarios.

Uno de los aspectos importantes que maneja el programa, es que se debe de medir de forma regular la satisfacción de los usuarios, tomando en cuenta el trato digno, surtimiento de recetas, confort y lista de espera.³⁸

Actualmente se considera a la calidad como un concepto que se puede "evaluar continuamente y que es mejorable permanentemente, además de ser uno de los elementos básicos de certificación y acreditación para las instituciones de salud"¹⁴.

El mejorar la calidad de los servicios a través de uno de sus indicadores, como lo es la satisfacción del usuario, se observa a través de encuestas de satisfacción que es un método rápido y con grandes beneficios, ya que esta información obtenida con respecto a conceptos y actitudes relacionados con la atención que reciben los pacientes, ayuda a la institución o, en este caso, al servicio de nutrición, a conocer cuál es la opinión de los usuarios respecto al servicio que se les está brindando.

El Hospital "Dr. Luís F. Nachón" se encuentra inmerso en un proceso de desarrollo hospitalario, desde el mes de febrero del 2008, siendo por esto que los directivos del hospital realizaron un diagnóstico interno de la institución, que les permitiera conocer como se está trabajando dentro de los departamentos, la calidad del servicio prestado, así como también el análisis de sus indicadores.

Dentro de los resultados que obtuvieron fueron que el hospital no tenía un programa de mejora continua de calidad, los recursos materiales eran insuficientes, en algunos departamentos no se tenían manuales de procedimientos y, además, no tenía un sistema administrativo que ayude a establecer y mejorar los criterios del Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, que es el modelo que el hospital implementó actualmente con la finalidad de lograr la certificación y su desarrollo organizacional.

Estas problemáticas detectadas influyen en el desempeño del hospital, en general, es decir, en la eficacia y eficiencia de la atención médica y en la satisfacción del personal de salud y del usuario.³⁶ Dentro del diagnóstico de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) del departamento de nutrición, las debilidades y amenazas que se detectaron, repercuten en la calidad del servicio que se está brindando.

Las instituciones de salud, evalúan la calidad del servicio prestado a través de la satisfacción de los usuarios, sin embargo, la evaluación es de manera general, por lo que existe poca evidencia empírica respecto a la evaluación de un servicio en particular, en este caso el de nutrición.

Dentro del hospital, son muchos los momentos o las situaciones que pueden proporcionar bienestar al paciente, la alimentación es una de ellos.

La alimentación, en el hospital, debe favorecer el desarrollo de estrategias que permitan conseguir objetivos como: garantizar el mantenimiento o restablecimiento del estado nutricional del paciente, utilizar las dietas del hospital como una forma de educación alimentaria y tratar de que sean lo más agradables y apetitosas, promoviendo de esta manera el consumo, el cual se encuentra en muchas ocasiones influenciado por la propia enfermedad y su tratamiento.²⁶

Un dato importante, es que durante el primer semestre del 2008, se registraron 45,207 raciones servidas a pacientes hospitalizados, esta producción se encontró por arriba

del 100% esperado ya que la demanda hospitalaria aumentó, esto también afecta la calidad, ya que se planea lo que se va ofrecer y si no está previsto este aumento en la demanda, los procesos y la atención al paciente no serán los adecuados ni los esperados.³⁴

Dado que el producto final del servicio de nutrición, es proporcionar al paciente una alimentación adecuada, porque forma parte del tratamiento para su recuperación, una adecuada alimentación, ayudará a disminuir la morbilidad y acortará el periodo de recuperación³⁹; por otra parte, una inadecuada alimentación, perjudica la salud del paciente y asociado a esto, es frecuente escuchar que la comida de los hospitales es muy mala⁴⁰.

Debido a que el hospital se encontraba en un proceso de desarrollo hospitalario y que ha implementado un modelo de gestión de calidad, donde una de sus líneas de acción es la satisfacción del usuario, se planteó esta investigación en los pacientes hospitalizados, para ver como se encuentra la calidad del servicio de nutrición que se les brinda, ya que esto ayudará a la institución en éste proceso. Se contó, para realizar el trabajo, con el apoyo y disposición de los directivos y la Jefa del Servicio de Nutrición.

Al evaluar la calidad del servicio que se le brinda al paciente, éste difícilmente puede opinar sobre la calidad de los análisis, equipamiento médico o la competencia profesional del personal; sin embargo, si puede emitir su opinión sobre si le gustaron o no los alimentos que le llevaban; y si su opinión es satisfactoria va a repercutir favorablemente sobre la imagen del hospital⁴⁰.

Al conocer la calidad del servicio que se le está brindando a los pacientes hospitalizados, se podrán identificar los aspectos que influyen para que esto se dé; por otra parte investigar si el personal de nutrición se apega a los procedimientos que se establecen en el manual de procedimientos, ayudará a proponer alternativas de solución, en caso de detectarse alguna problemática.

2.1 Planteamiento de la pregunta de investigación

Para efectos de la presente investigación, se ha formulado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad, en la dimensión interpersonal y técnica, del servicio de nutrición en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón", en abril de 2009?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Evaluar la calidad, en sus dimensiones interpersonal y técnica, del servicio de nutrición, identificando las subdimensiones que influyen en ellas, para poder proponer alternativas de solución, en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón", 2009.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar en la dimensión interpersonal, las subdimensiones, que influyen en la satisfacción del paciente.
2. Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes del Hospital "Dr. Luís F. Nachón", en cada una de las áreas (privada e institucional).
3. Determinar si existe diferencia entre los servicios que integran el área institucional, con respecto a los pacientes satisfechos.
4. Determinar si existe diferencia entre el área privada e institucional, con respecto a los pacientes satisfechos.
5. Determinar el nivel de apego técnico normativo del personal del servicio de nutrición del Hospital "Dr. Luís F. Nachón", en tres procesos establecidos en el manual de procedimientos de nutrición, que se tienen relación con el paciente hospitalizado.
6. Proponer alternativas para mejorar la satisfacción de los pacientes hospitalizados, así como la mejora del servicio.

4. METODOLOGÍA

4.1 Ubicación del proyecto dentro de los paradigmas de investigación

El estudio realizado fue de tipo cuantitativo descriptivo-evaluativo, por lo que se ubica dentro del paradigma positivista.

Un paradigma es una de las formas de observar nuestro ambiente o contexto, de manera general, en relación con la realidad. El paradigma positivista va a permitir conseguir explicaciones objetivas respecto al fenómeno que se va a estudiar, manteniendo en este proceso de investigación los valores y creencias. La investigación cuantitativa está vinculada con el pensamiento positivista.⁴¹ Pretende describir, explicar y predecir a partir del conocimiento existente.⁴² La investigación, en este paradigma, le da importancia a la explicación de los hechos, la medición, la cuantificación y verificación de teorías. Las técnicas utilizadas permiten obtener los datos que se buscan, a través de la encuesta, los cuestionarios, pruebas objetivas,

observación sistemática y muestras de población.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar y están dirigidos a determinar cómo es o cómo está la situación de las variables que deberán estudiarse; la presencia de algo; la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando.⁴³

4.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, evaluativo, transversal y observacional.

Por el nivel de profundidad fue descriptivo, ya que no se buscó una relación de causa efecto, sino solamente describir las características del fenómeno que se estaba presentando; se estudió una población definida y a través de una medición de ciertos factores se describió el fenómeno.^{44,45}

Es decir, se trató de describir como es la calidad con relación a la satisfacción de los pacientes hospitalizados, respecto a las características organolépticas de la dieta que el hospital les proporciona; y al trato y comunicación que el nutriólogo brinda; así como también en cuanto a los procesos que requiere el servicio de nutrición para la elaboración de las dietas.

También fue de tipo evaluativo, ya que, Lerma, menciona que una investigación evaluativa, es un proceso que permite dar un juicio sobre una intervención empleando métodos científicos y, a través de ésta, se pueden evaluar los recursos, servicios y objetivos de una intervención, que son actividades que reconocen la utilización de medios físicos, humanos y financieros, organizados de manera coherente en el tiempo, para modificar cierta problemática y, además, van ayudar a tomar decisiones.⁴⁶

Este tipo de investigación ayudó a conocer la satisfacción de los pacientes con relación al servicio de nutrición y si el personal de nutrición está realizando las actividades dentro del mismo, de acuerdo al manual de procedimientos establecido en el hospital, y así poder detectar alguna problemática y dar soluciones para la mejora.

De acuerdo con el número de mediciones que se

realizaron en cada sujeto de estudio, para medir la ocurrencia del evento o fenómeno, fue de tipo transversal, ya que se estudiaron las variables de forma simultánea en un momento dado. Los datos pueden corresponder a la presencia o ausencia de cierta característica.⁴⁵

Se realizó una sola medición, es decir, se aplicó una vez la encuesta, la lista de cotejo y la guía de observación, para procesar y analizar posteriormente los resultados.

En relación con la causalidad o a la manipulación de las variables, fue un estudio observacional, ya que el investigador no participa o influye en el estudio, sólo se enfoca a observar, medir y analizar las variables determinadas.⁴⁷

Aquí no se pretendió influir o modificar el proceso o la atención que brinda el nutriólogo, sino simplemente se partió de lo que ya estaba establecido y se observó para evaluar cómo se estaba presentando el fenómeno a estudiar.

4.3 Universo

Se encuentra compuesto por:

- Pacientes hospitalizados en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón"
- Personal del servicio de nutrición del Hospital "Dr. Luís F. Nachón"

El total de pacientes registrados en el hospital en los meses de enero a septiembre de 2008 fue de 8,274, distribuidos en el área institucional que está dividida en cuatro servicios y en el área privada, esta última no está dividida por servicio ya que sólo cuenta con dieciséis camas. Estos datos fueron tomados del Sistema de Información de Salud, (SIS) del hospital.

El total de personal con que cuenta el servicio de nutrición es de 54 personas, distribuidos de la siguiente manera: una jefa de departamento (nutrición), once nutriólogos, veinte cocineras, diecisiete auxiliares de cocina, cuatro ecónomos y una secretaria. Más los suplentes que son siete nutriólogos, dos ecónomos y nueve auxiliares de cocina.³⁴ De este personal sólo se seleccionará, aquel que está involucrado en los procesos que se evaluarán.

Por lo tanto el universo está constituido por: pacientes hospitalizados de las áreas de hospitalización de: cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecología, y área privada. Y el personal del servicio de nutrición del hospital "Dr. Luís F. Nachón" de los Servicios de Salud d

Veracruz (SESVER).

El universo temporal fue, abril del 2009.

4.4 Unidad de análisis

- Paciente hospitalizado
- Personal del servicio de nutrición: nutriólogo, ecónomo, cocinera, auxiliar de cocina

4.5 Muestra de los pacientes hospitalizados

Se tomaron el total de pacientes de un mes, del área institucional, que abarca los servicios de cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecología, siendo éste de 2388 pacientes hospitalizados.

Se obtuvieron de una semana (Lunes a Domingo) el total de pacientes por servicio y el total de pacientes de esa semana que tuvieron una dieta normal y blanda prescrita, por cada uno de los servicios antes mencionados. Ver Tabla 1.

Esto datos se obtuvieron con el fin de poder obtener una proporción de pacientes con los tipos de dietas antes mencionados y que son los que se tomaron en cuenta para el estudio.

Tabla 1. Pacientes por servicio y pacientes con tipo de dieta normal y blanda, en una semana. Hospital "Dr. Luís F. Nachón". Xalapa, Ver. Abril 2009.

Servicio	Pacientes		
	Total	Con dieta normal y blanda	%
Cirugía general	170	27	16
Medicina interna	142	15	11
Pediatría	37	13	35
Ginecología	187	164	88
Total	536	219	41

Fuente: Censo diario de dietas. Departamento de Nutrición. "Hospital Dr. Luís F. Nachón".

Una vez obtenidos estos datos, se procedió a dividir los 219 (Total dietas normal y blanda) entre 536 (Total de pacientes por día de los cuatro servicios) obteniendo un resultado de 0.40, este resultado se multiplicó por el total de pacientes en un mes que fue de 2388 pacientes hospitalizados, esto con el fin de obtener una proporción de pacientes con estos tipos de dieta, que son los que se tomaron en cuenta para la evaluación de la satisfacción

de los pacientes. El resultado obtenido fue de 955 pacientes hospitalizados.

Con este dato, se procedió a calcular el tamaño de muestra del área institucional, para esto se utilizó la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{z^2 P(1-P)}{d^2}$$

Con un nivel de confianza del 95%, con valor asociado de 1.96 (Z), con una precisión de 0.06 (d) y una proporción estimada de 0.5 (P).

Sustitución de la fórmula:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 0.5(1-0.5)}{(0.06)^2}$$

$$n_0 = \frac{(3.8416)0.5(0.5)}{0.0036}$$

$$n_0 = \frac{0.9604}{0.0036}$$

$$n_0 = 266.7 \approx 267$$

Ajustando mediante la fórmula:

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

Y substituyendo

	267
n=	$\frac{267}{1+267}$
	955
n=	$\frac{267}{1.2795}$
n=	209

El resultado obtenido con el ajuste fue una muestra mínima de n = 209 pacientes hospitalizados del área institucional.

Para poder distribuir proporcionalmente ésta muestra en cada uno de los servicios del área institucional, se utilizó la fórmula: a/b*c, donde (a) es el total de dietas normal y blanda por servicio, (b) es la sumatoria de los totales de dietas normal y blanda de los cuatro servicios del área institucional y (c) es la muestra mínima del área institucional. Ver Tabla 2

Tabla 2. Pacientes distribuidos proporcionalmente por cada servicio del área institucional. Hospital "Dr. Luís F. Nachón". Xalapa, Ver. Abril 2009.

Servicios	Fórmula a / b * c	Pacientes por servicio
Cirugía general	27 / 219 x 209	26
Medicina interna	15 / 219 x 209	14
Pediatría	13 / 219 x 209	12
Ginecología	164 / 219 x 209	157
Total		209

En el área privada se realizó un censo de los pacientes, quedando éste de 28 pacientes que cubrieron con los criterios de inclusión, en el mes programado.

Una vez descrito lo anterior, en la Tabla 3, se presenta el total de pacientes por servicios y área encuestados durante el período programado.

Tabla 3. Pacientes por servicio y área encuestados. Hospital "Dr. Luís F. Nachón". Xalapa, Ver. Abril 2009.

Servicio	Mínimo de pacientes a encuestar por servicio	Pacientes encuestados en el período programado por servicio	%
Cirugía general	26	49	189
Medicina interna	14	15	107
Pediatría	12	22	183
Ginecología	157	165	105
Subtotal área institucional	209	251	120
Subtotal área privada	28	28	100
Total	237	279	116

Cómo puede observarse en dicha tabla, el número real de pacientes encuestados fue mayor, esto es debido

a que para cuando se realizó el ajuste de la muestra debido a los pocos pacientes con los tipos de dieta a evaluar, la muestra ya había sido rebasada.

4.5.1 Tipo de muestreo

Para determinar la población a estudiar se realizó un muestreo por estratos, el cual consistió en dividir a la población en estudio en dos o más subgrupos, a los que se les nombra estratos, en los cuales las unidades de investigación tiene en cada uno de estos características similares, pero con alguna diferencia con la de los otros estratos y que en este caso fueron los cuatro servicios; posteriormente se seleccionó de manera conveniente a aquellos pacientes que tuvieran las dietas seleccionadas en este estudio, con la finalidad de comparar los resultados de cada uno de los grupos de población^{48,49}

Este tipo de muestreo, sólo se hizo en el área institucional donde los estratos fueron los cuatro servicios: cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecología, ya que en el área privada se realizó un censo.

4.5.2 Criterios de inclusión

1. Pacientes hospitalizados con 24 horas de estancia en el hospital
2. Pacientes con dieta normal o blanda
3. Pacientes que hubieran recibido por lo menos dos tiempos de comida considerando desayuno, comida o cena
4. Pacientes con edad mínima de 7 años, que puedan contestar el cuestionario
5. Pacientes que estuvieran en condiciones de salud aceptables para poder contestar el cuestionario
6. Paciente que aceptara contestar el cuestionario

4.5.3 Criterios de exclusión

1. Pacientes con menos de siete años de edad
2. Pacientes con alimentación especial, como alimentación enteral o parenteral, dieta líquida, hiposódica, sin residuo o que estén en ayuno
3. Pacientes que se encontraban en áreas restringidas como, el área quemados y terapia intensiva
4. Pacientes en los que su estado de conciencia y físico no les permitía responder el cuestionario (estado de coma, anestesiados o con dolor)

4.5.4 Criterios de eliminación

1. Pacientes que hayan contestado mal el cuestionario
2. Pacientes que al momento de aplicarles el cuestionario decidió ya no seguir participando

4.5.5 Criterios de sustitución

1. Se seleccionó otro paciente que cubriera los criterios de inclusión

4.6 Personal de nutrición

4.6.1 Nutriólogo

En la plantilla del personal se encuentran registrados diecisiete nutriólogos, distribuidos de la siguiente manera: turno matutino ocho, vespertino cinco y jornada acumulada cuatro, sin embargo, por información directa con la Jefa del Departamento de Nutrición, en los procesos a evaluar que son: *Dieta a pacientes* tiene asignado a dos nutriólogos, *Elaboración y preparación de alimentos* tiene asignado a dos nutriólogos y *Recepción y distribución de víveres* tiene asignado también dos nutriólogos.

Los dos nutriólogos asignados en cada proceso son los mismos en los tres procesos.

4.6.2 Ecónomo

Con relación a los ecónomos, se encuentran distribuidos por turno de la siguiente manera: matutino dos, vespertino dos y jornada acumulada dos, que son los que se evaluaron, ya que ellos son los mismos en los tres procesos antes mencionados.

4.6.3 Cocineras

Las cocineras, se encuentran distribuidas de la siguiente manera, por turno: matutino ocho, vespertino seis y jornada acumulada ocho, que son las que se evaluaron, ellas están asignadas al proceso de *Elaboración y preparación de alimentos*.

4.6.4 Criterios de inclusión

1. Personal del servicio de nutrición que estuviera realizando las actividades de los procesos: *Dieta a pacientes; Elaboración y preparación de alimentos; y Recepción y distribución de víveres*

2. Personal del servicio de nutrición que aceptó participar

4.6.5 Criterios de exclusión

1. Personal que estuviera involucrado en los procesos: *Preparación de dietas especiales; Preparación de formulas lácteas; Requisición anual de insumos; Control estadístico del laboratorio de formulas; Recepción y distribución de personal; Menú para personal y Consulta externa de nutrición*

4.7 Operacionalización de Variables

Las variables que se operacionalizaron fueron:

1. *Características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados*, con cuatro dimensiones:

- a. Edad
- b. Sexo
- c. Ocupación
- d. Escolaridad

2. *Satisfacción del paciente hospitalizado*, con tres dimensiones:

a. Características y horario de la alimentación

Subdimensiones:

- a1) Sabor
- a2) Temperatura
- a3) Aroma
- a4) Porción o cantidad
- a5) Presentación
- a6) Horario.

b) Trato digno recibido por parte del nutriólogo

Subdimensiones:

- b1) Atención por el personal de nutrición
- b2) Respeto
- b3) Trato

c) Comunicación con el nutriólogo

Subdimensiones:

- c1) Explicación sobre su plan alimentario
- c2) Explicación sobre los cuidados a seguir en su alimentación
- c3) Interés por sus preferencias alimentarias

3. *Apego al manual de procedimientos*, con tres dimensiones:

a) *Dieta a pacientes*

b) *Elaboración y preparación de alimentos*

c) *Recepción y distribución de víveres*

Para el estudio se construyó la siguiente escala de valores: 85% al 100% nivel alto de satisfacción; 84% al 70% nivel medio de satisfacción; y del 69% hacia abajo nivel bajo de satisfacción, esto para la evaluación de la satisfacción de los pacientes; las escalas se construyeron basándose en el Sistema Nacional de Indicadores de Salud¹⁴, es importante mencionar que no se tomaron los indicadores tal cual los maneja este sistema sólo se utilizaron para tener un referente; para medir el nivel de apego en el manual de procedimientos por el personal de nutrición, se tomaron los indicadores que maneja la Secretaría de Salud para la Acreditación de establecimientos para la prestación de servicios de salud,¹³ quedando la escala de valores de la siguiente manera 85% al 100% nivel de cumplimiento alto y del 84% o menos nivel de cumplimiento bajo, los cuales se tomaron tal cual los maneja la Secretaría.

Las variables sexo, edad, ocupación y escolaridad, se utilizaron sólo para caracterizar a la población de estudio, que en este caso fueron los pacientes hospitalizados.

Tabla 4. Variable: Características sociodemográficas de los pacientes

Dimensiones	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Número de años vividos que tiene la persona, desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista. ⁵⁰	Número de años cumplidos que la persona reporta tener al momento de la encuesta.
Sexo	Características anatómicas y fisiológicas que individualizan la distinción entre hombres y mujeres. ⁵⁰	Declaración de la persona encuestada sobre alguno de los dos sexos: masculino o femenino.
Actividad económica	Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población desempeña en su trabajo. ⁵⁰	Se considerará la ocupación que el paciente refiere al momento de la encuesta, que puede ser: profesionistas, técnicos, trabajadores de la educación, trabajadores del arte, funcionarios y directivos, trabajadores agropecuarios, inspectores y supervisores en la industria, artesanos y obreros, operadores de maquinaria fija, ayudantes, peones y similares, operadores de transporte, jefes y supervisores administrativos, oficinistas, comerciantes y dependientes, trabajadores ambulantes, trabajadores en servicios personales, trabajadores domésticos, trabajadores en protección y vigilancia,
Escolaridad	Grado de estudio más alto aprobado por la población en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero. ⁵⁰	Tipo de estudios que declara tener el paciente durante la encuesta que puede ser: primaria, secundaria, preparatorio, universidad, posgrado, ninguno u otro.

Tabla No. 5. Variable: Satisfacción del paciente hospitalizado

Variable	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Expresión numérica
----------	-------------	------------------------	-----------	--------------------

Satisfacción del paciente hospitalizado	Características y horario de la alimentación Trato digno Comunicación	El nivel de satisfacción será, alto cuando el paciente tenga una opinión buena, del 85% al 100% de los aspectos del servicio (dimensiones); un nivel medio cuando tengan una opinión buena del 70% al 84% de los elementos de las dimensiones y bajo cuando tenga una opinión buena del 69% y menos de los aspectos del servicio tuvieron una opinión mala por parte del paciente.	Porcentaje de personas con un nivel de satisfacción alto, medio y bajo de acuerdo al servicio de nutrición que se les brindó.	Total de puntos obtenidos en el cuestionario entre el total de reactivos por 100
---	---	--	---	--

Tabla 6. Dimensión: Características y horario de la alimentación

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Indicador	Expresión numérica
Percepción de los pacientes respecto a las características y horario de la alimentación	La percepción respecto a las características y horario de la alimentación será: buena cuando se obtenga respuesta satisfactoria entre el 85% a 100% de las subdimensiones establecidas, regular cuando sólo se obtenga respuesta satisfactoria entre el 70% a 84% y malo cuando se obtenga respuesta satisfactoria 69% o menos.	Sabor	El sabor será el indicado por la persona como bueno, regular o malo. (ítem 1)	Porcentaje de personas que consideraron como buena, regular o mala cada uno de los ítems de todas las subdimensiones de las características y horario de la alimentación.	Número de personas que contestaron: bueno, regular o malo entre el total de cuestionarios aplicados por 100.
		Temperatura	La temperatura será la indicada por la persona como muy adecuada, adecuada o inadecuada. (ítem 2)		
		Aroma	El aroma será indicado por la persona como muy agradable, agradable o desagradable. (ítem 3)		
		Porción (cantidad)	La porción servida será indicada por la persona como suficiente, regular e insuficiente. (ítem 4)		
		Presentación	El aspecto de los alimentos será el indicado por la persona como muy agradable, agradable o desagradable. (ítem 5)		
		Horario	El horario de los alimentos será indicado por la persona como muy adecuado, adecuado e inadecuado. (ítem 6)		

Tabla 7. Dimensión: Trato digno

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Indicador	Expresión numérica
-----------	------------------------	----------------	------------------------	-----------	--------------------

Percepción de los pacientes respecto al trato digno recibido por parte del nutriólogo	La percepción respecto a las características y horario de la alimentación será buena cuando se obtenga respuesta satisfactoria entre el 85% a 100% de las subdimensiones establecidas, regular cuando sólo se obtenga respuesta satisfactoria entre el 70% a 84% y malo cuando se obtenga respuesta satisfactoria 69% o menos	Atención por el personal de nutrición. (Ítems 8 y 9)	Personas que consideraran bueno, regular o malo la atención que el nutriólogo le brindó.	Porcentaje de personas que consideraron como bueno, regular o malo cada uno de los ítems de todas las subdimensiones del trato digno recibido por nutriólogo.	Total de personas que contestaron bueno, regular o malo entre el total de cuestionarios aplicados por 100.
		Respeto (Ítem 10)	Personas que consideraran que el nutriólogo sí o no los trato con respeto.		
		Trato (Ítem 11)	Personas que consideraran que el trato por parte del nutriólogo, fue muy adecuado, adecuado o inadecuado.		

Tabla 8. Dimensión: Comunicación

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Indicador	Expresión numérica
-----------	------------------------	----------------	------------------------	-----------	--------------------

Percepción de los pacientes respecto a la comunicación con el nutriólogo	La percepción respecto a las características y horario de la alimentación será buena cuando se obtenga respuesta satisfactoria entre el 85% a 100% de las subdimensiones establecidas, regular cuando sólo se obtenga respuesta satisfactoria entre el 70% a 84% y malo cuando se obtenga respuesta satisfactoria 69% o menos	Explicación sobre su plan dietético (Ítems 12, 13, 16 y 17)	Personas que consideraron entendible, poco entendible o no entendible la información que el nutriólogo le brindó respecto a su dieta.	Porcentaje de personas que consideraron como bueno, regular o malo cada uno de los ítems de todas las subdimensiones de la comunicación con el nutriólogo.	Total de personas que contestaron bueno, regular o malo entre el total de cuestionarios aplicados por 100.
		Explicación sobre los cuidados a seguir en su dieta (Ítems 14, 15, 16 y 17)	Personas que consideraron entendible, poco entendible o no entendible las indicaciones sobre los cuidados de su alimentación.		
		Interés por sus preferencias (Ítems 18 y 19)	Personas que respondieran que si hubo interés por parte del nutriólogo respecto a sus preferencias alimentarias o personas que respondieron que no.		

Tabla 9. Variable: Nivel de apego

Variable	Dimensiones	Definición operacional	Indicador	Expresión numérica
Nivel de apego al manual de procedimientos por parte del personal de nutrición	Dieta a pacientes Elaboración y preparación de alimentos Recepción y distribución de víveres	Nivel de cumplimiento alto cuando se realizan entre el 85 y 100% de las actividades y bajo cuando sólo se realizan del 84% o menos las actividades apegadas al manual de procedimientos.	Porcentaje de actividades apegadas al manual de procedimientos.	Total de actividades realizadas que se apegaron al manual de procedimientos entre el total actividades establecidas por 100.

Tabla 10. Dimensión: Dietas a pacientes

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Fuente	Instrumento

<p>Proceso "Dietas a pacientes"</p>	<p>Es el cumplimiento de las actividades del proceso Dieta a pacientes, entre el 85% al 100% y el no cumplimiento será entre el 84% y menos, de las actividades establecidas en el manual de procedimientos del departamento de nutrición, por parte del personal de nutrición.</p>	<p>1.Cálculo y programación de menú placa</p>	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El nutriólogo revisa los alimentos existentes para la elaboración de menús: variedad, cantidad, calidad y fecha de caducidad más próxima. (b) 2. El nutriólogo revisa los menús servidos anteriormente, en libreta de "Programación de menús". (b) 3. En el formato "Solicitud de víveres" que se encuentre registrado el menú del día y el cálculo del mismo por tipo de dieta (normal, blanda, diabéticos e hiposódica): llenados los apartados tipo de dieta, número de dietas, alimento unidad de medida y cantidad solicitada. (a) 4. Se registra el menú del día en libreta de "Programación de menús". (a) 	<p>Solicitud de víveres Libreta Programación de menú Lista de pacientes hospitalizado Solicitud de víveres Solicitud de víveres Solicitud de víveres Solicitud de víveres</p>	<p>a)Lista de cotejo b)Guía de observación</p>
		<p>2.Cálculo y proporción de dietas especiales</p>	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existe la relación de pacientes para elaborar la solicitud de dietas especiales: lista de pacientes hospitalizados emitida por enfermería. (a) 2. El nutriólogo verifica la solicitud de dietas especiales con la lista de pacientes emitida por enfermería: verifica que el número de dietas solicitadas corresponda con el número de pacientes. (a) 3. El nutriólogo de piso, pasa su relación de dietas especiales al nutriólogo de bodega. (b) 4. En el formato "Solicitud de víveres, ESPECIALES" que se encuentre registrado el menú del día y el cálculo de la dieta especial: llenados los apartados tipo de dieta, número de dietas, alimento, unidad de medida y cantidad solicitada. (a) 		
		<p>3.Realización de solicitud de alimentos según el número de cada dieta</p>	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Exista la solicitud de alimentos según el número de cada dieta en formato de "Solicitud de víveres": formatos llenados de acuerdo al tipo de dieta (normal, blanda, diabéticos, hiposódica y especiales): llenados los apartados alimento, unidad de medida y cantidad solicitada. (a) 		
		<p>4.Cálculo enviado al ecónomo</p>	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nutriólogo le da el cálculo de alimentos para las dietas al ecónomo: el ecónomo debe de tener el formato de solicitud de víveres para el surtimiento de los alimentos. (b) 		
		<p>5.Análisis de las cantidades y surtimiento de las mismas</p>	<p>Verificar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El ecónomo pesa y mide las cantidades de alimentos solicitados: de acuerdo con el cálculo realizado en formato solicitud de víveres: apartado cantidad solicitada.(b) 2. En caso de variación en las cantidades de alimentos surtidos, el ecónomo las registra en formato "Solicitud de víveres": apartado cantidad surtida. (a) 3. El ecónomo saca el costo por ración registrándolos en el formato "Solicitud de víveres": llenados los apartados Costo unitario, Subtotal y Total. (a) 		

Continuación Tabla 10. Dimensión: Dietas a pacientes

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Fuente	Instrumento
Proceso "Dietas a pacientes"	Es el cumplimiento de las actividades del proceso Dieta a pacientes, entre el 85% al 100% y el no cumplimiento será entre el 84% y menos, de las actividades establecidas en el manual de procedimientos del departamento de nutrición, por parte del personal de nutrición.	6. Entrega de víveres a cocineras para su elaboración	Verificar: 1. El ecónomo les surte los alimentos a las cocineras para preparación de los menús. (b)		a)Lista de cotejo b)Guía de observación
		7. Elaboración de las preparaciones	Verificar: 1. Las cocineras cuentan con los alimentos para la preparación de los menús.(b)		
		8. Supervisión de las preparaciones	Verificar: 1. El nutriólogo supervisa la elaboración y cantidad de menús a preparar. (b)		
		9. Envío de dietas a cocinetas	Verificar: 1. El nutriólogo verifica que los menús preparados estén en las cocinetas de cada nivel. (b)		

Tabla 11. Dimensión: Recepción y distribución de víveres.

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Fuente	Instrumento

Proceso "Recepción y distribución de víveres"	Es el cumplimiento de las actividades del proceso Recepción y distribución de víveres, entre el 85% al 100% y el no cumplimiento será entre el 84% y menos, de las actividades establecidas en el manual de procedimientos del departamento de nutrición, por parte del personal de nutrición.	1. Acceso de víveres en puerta de recepción	Verificar: 1. El ecónomo verifica que los víveres que llegan al hospital, el acceso de éstos se haga por la puerta de recepción de la cocina. (b)	Pedido de víveres para menús programados Nota de remisión Vale de mercancía pendiente por entrega Vale de mercancía pendiente por entregar	a) Lista de cotejo b) Guía de observación
		2. Recepción de víveres en bodega	Verificar: 1. El ecónomo verifica que la entrega o recepción de víveres que llegan, se realiza en la bodega de la cocina. (b)		
		3. Cotejo de cantidad solicitada surtida	Verificar: 1. El ecónomo coteja la cantidad recibida con la cantidad solicitada a través del formato "Pedido de víveres para menús programados" y la Nota de remisión del proveedor. (a)		
		4. Verificación del grado de madurez adecuado	Verificar: 1. El ecónomo verifica que frutas y verduras tenga: el grado de madurez adecuado, frescas, no estén mallugadas, ni de color negro.(b)		
		5. Verificar empaque del producto	Verificar: 1. El ecónomo verifica que los abarrotos: no estén abiertos, con abolladuras y tengan la fecha de caducidad. (b) 2. El ecónomo acomoda los alimentos (enlatados y empaquetados) los nuevos atrás y los atrasados adelante en el anaquel correspondiente. (b)		
		6. Registro de observaciones en caso de existir respecto a los productos entregados	Verificar: 1. El ecónomo registre si existen faltantes en el pedido o si vienen en mal estado los productos. (a)		
		7. Solicitud de reposición del producto	Verificar: 1. El ecónomo la realiza en caso de que los víveres entregados no se encuentren en buen estado el ecónomo registra la reposición del alimento surtido por el proveedor en caso de estar en mal estado, en el "Vale de mercancía pendiente por entregar". (a)		
		8. Recibimiento y firma de notas de remisión	Verificar: 1. El ecónomo cuente con la nota de remisión de los productos recibidos y que esté firmada por él. (a)	Nota de remisión del producto	
		9. Registro de notas de remisión en libretas de control	Verificar: 1. El ecónomo archiva las notas de remisión, de acuerdo al tipo de producto. (a)	Archivos de notas de remisión	
		10. Recibimiento y firma de facturas de pedidos recibidos	Verificar: 1. El ecónomo verifica las facturas correspondan a los productos recibidos. (a)	Facturas del proveedor	
		11. Registro de facturas en libreta de control y entrada de kárdex	Verificar: 1. El ecónomo registre las facturas en la libreta "Registro de facturas", llenados apartados: pedido, número de factura y proveedor.(a) 2. El ecónomo registre en Tarjeta de control las entradas y salidas de la materia prima.(a)	Registro de facturas	
		12. Envío de facturas para trámite de pago	Verificar: 1. El ecónomo lleva las facturas a la Jefatura de Nutrición. (b)	Tarjeta de control	

Tabla 12. Dimensión: Elaboración y preparación de alimentos

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Fuente	Instrumento
-----------	------------------------	----------------	------------------------	--------	-------------

Proceso "Elaboración y preparación de alimentos"	Es el cumplimiento de las actividades del proceso Elaboración y preparación de alimentos, entre el 85% al 100% y el no cumplimiento será entre el 84% y menos, de las actividades establecidas en el manual de procedimientos del departamento de nutrición, por parte del personal de nutrición.	1. Información de existencia de víveres	Verificar: 1. El ecónomo informa de manera verbal el cumplimiento de las actividades	3. Supervisión del ecónomo	Verificar: 1. El nutriólogo supervisa durante la recepción de que el pedido este con las cantidades solicitadas	
	2.Elaboración de menús	Verificar: 1. El nutriólogo elaboró el menú por día de acuerdo al tipo de dieta (dieta normal, blanda, hiposódica y diabéticos), que se le dará a los pacientes en el formato "Solicitud de víveres": apartado tipo de dieta llenado	4. Elaboración de alimentos	Verificar: 1. El nutriólogo elaboró entre el 85% al 100% los alimentos para cada tipo de dieta (normal, blanda, hiposódica, diabéticos y especiales) en el formato "Solicitud de víveres": apartados alimentos y cantidad de alimentos llenados	2. El nutriólogo supervisa durante la recepción de la calidad de los alimentos y verduras, empaquetados enlatados fecha de caducidad	
	3.Cálculo de alimentos	Verificar: 1. El nutriólogo elaboró entre el 85% al 100% los alimentos para cada tipo de dieta (normal, blanda, hiposódica, diabéticos y especiales) en el formato "Solicitud de víveres": apartados alimentos y cantidad de alimentos llenados	5. Entrega de solicitud de víveres	Verificar: 1. El nutriólogo le entregó a los cocineros los alimentos calculados al ecónomo con el auxiliar de cocina	14. Elaboración de alimentos	Verificar: 1. Si existe faltante de víveres se realice el pedido correspondiente por fecha de entrega y firma
	4. Entrega de solicitud de víveres	Verificar: 1. El nutriólogo le entregó a los cocineros los alimentos calculados al ecónomo con el auxiliar de cocina	6. Recibimiento de hojas de solicitud de víveres	Verificar: 1. El ecónomo entrega la solicitud de alimentos para la distribución de éstos a las cocineras	15. Entrega de alimentos	1. Si existe faltante de víveres se realice el pedido correspondiente por fecha de entrega y firma
	5. Recibimiento de hojas de solicitud de víveres	Verificar: 1. El ecónomo entrega la solicitud de alimentos para la distribución de éstos a las cocineras	7. Distribución de alimentos	Verificar: 1. El ecónomo pesa y mide las cantidades de alimentos, de acuerdo a las cantidades solicitadas en el formato "Solicitud de víveres", apartado cantidad de alimentos; 2. Las cocineras cuentan con los alimentos para la preparación de las dietas (normal, blanda, hiposódica, diabético y especiales). (b)	16. Entrega de alimentos	2. El nutriólogo firma del
	6.Distribución de alimentos	Verificar: 1. El ecónomo pesa y mide las cantidades de alimentos, de acuerdo a las cantidades solicitadas en el formato "Solicitud de víveres", apartado cantidad de alimentos; 2. Las cocineras cuentan con los alimentos para la preparación de las dietas (normal, blanda, hiposódica, diabético y especiales). (b)	8. Preparación de alimentos	Verificar: 1. Las cocineras están realizando la preparación de los alimentos para los pacientes y personal: que sea el área de preparación correspondiente al tipo de dieta (dieta normal, blanda, hiposódica, diabéticos y especiales). (b)	17. Registro de menús	Verificar: 1. El nutriólogo supervisa que los alimentos este limpia: por anaqueles sin polvo. (b)
	7.Preparación de alimentos	Verificar: 1. Las cocineras están realizando la preparación de los alimentos para los pacientes y personal: que sea el área de preparación correspondiente al tipo de dieta (dieta normal, blanda, hiposódica, diabéticos y especiales). (b)	9. Registro de menús	Verificar: 1. El nutriólogo registró el menú de los pacientes en la libreta de control "Programación de menús": registró por día, en los tres tiempos de comida. (a)	18. Supervisión visual en la preparación de alimentos	2. El nutriólogo supervisa que los alimentos esta ordenados los contenedores correspondientes ordenados en los anaqueles
	8.Registro de menús	Verificar: 1. El nutriólogo registró el menú de los pacientes en la libreta de control "Programación de menús": registró por día, en los tres tiempos de comida. (a)	9.Supervisión visual en la preparación de alimentos	Verificar: 1. El nutriólogo supervisa que la preparación de alimentos se realice con las técnicas adecuadas de higiene: frutas y verduras lavadas, abastecimiento de agua potable, Personal con gorro y cubre boca. (b)	19. Prueba de las preparaciones, en cuanto al sabor y temperatura	1. El nutriólogo le entregó el siguiente turno verbal y "Entrega de recepción"
	9.Supervisión visual en la preparación de alimentos	Verificar: 1. El nutriólogo supervisa que la preparación de alimentos se realice con las técnicas adecuadas de higiene: frutas y verduras lavadas, abastecimiento de agua potable, Personal con gorro y cubre boca. (b)	10. Prueba de las preparaciones, en cuanto al sabor y temperatura	Verificar: 1. El nutriólogo prueba las preparaciones de los pacientes antes de ser enviadas a las cocinetas: checa el sabor y temperatura de las dietas para normales, blandas, hiposódicas, diabéticos y especiales. (b)	20. Anotación y cálculo de alimentos especiales	
	10.Prueba de las preparaciones, en cuanto al sabor y temperatura	Verificar: 1. El nutriólogo prueba las preparaciones de los pacientes antes de ser enviadas a las cocinetas: checa el sabor y temperatura de las dietas para normales, blandas, hiposódicas, diabéticos y especiales. (b)	11. Anotación y cálculo de alimentos especiales	Verificar: 1. El nutriólogo anote los alimentos a utilizar para las dietas especiales del siguiente día; 2. El nutriólogo calcule los alimentos para las dietas especiales del siguiente día. (a)	21. Registro de víveres en kárdex	
	11.Anotación y cálculo de alimentos especiales	Verificar: 1. El nutriólogo anote los alimentos a utilizar para las dietas especiales del siguiente día; 2. El nutriólogo calcule los alimentos para las dietas especiales del siguiente día. (a)	12. Registro de víveres en kárdex	Verificar: 1. El ecónomo registra las entradas y salidas de la materia prima (víveres) en la "Tarjeta de almacén", por turno (vespertino y jornada acorde al turno)		

4.8. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para obtener información de los pacientes se utilizó la técnica de encuesta y observación. La encuesta es un método descriptivo con el que se recopila información de los pacientes, preferencias, etc.⁴⁹; el instrumento que se utilizó para conocer el nivel de satisfacción del paciente hospitalizado fue un cuestionario que contenía 19 ítems cerrados, los cuales tenían varias opciones de respuesta, donde el encuestado escogió la que más se adecuaba a su opinión. Las opciones para contestar las preguntas fueron:

- Bueno, Regular o Malo
- Muy adecuado, Adecuado o Inadecuado
- Muy agradable, Agradable o Desagradable
- Suficiente, Regular o Insuficiente
- Entendible, Poco entendible y No entendible
- Si o No

A estas opciones, se le asignó un valor de 3 a las respuestas

Continuación Tabla 12 Dimensión: Elaboración y preparación de alimentos (continuación).

Dimensión	Definición operacional	Subdimensiones	Definición operacional	Fuente	Instrumento
-----------	------------------------	----------------	------------------------	--------	-------------

como: Bueno, Muy adecuado, Muy agradable, Suficiente y Entendible; un valor de 2 para las respuestas como Regular, Adecuado, Agradable y Poco entendible, y un valor de 0 para aquellas respuestas como Malo, Inadecuado, Desagradable, Insuficiente y No entendible; a la respuesta Si se le dio un valor de 3 y al No un valor de 0; de esta forma, se realizó la medición y el análisis de cada uno de los aspectos de las características de la dieta, el trato digno y la comunicación del nutriólogo hacia el paciente.

Es importante mencionar que se utilizó, en el cuestionario, tres opciones de respuesta, ya que Hernández⁴⁹ menciona que dentro de los métodos más conocidos y de uso más frecuente, para medir por escalas las actitudes de una persona está el método de escalamiento de Likert, que ayuda a medir la reacción de la persona hacia cualquier cosa física o individuo, a través de tres, cinco o siete categorías de respuesta. Su ventaja es la sencillez para contestar y que es más precisa al permitir responder con diferentes grados en cada tema que describe el producto o servicio. Desde el punto de vista estadístico, las escalas con sólo dos opciones son menos confiables que las escalas de más opciones. Por otro lado, Maceiras⁵¹ menciona que la encuesta de satisfacción, es el método más empleado en los hospitales y que las preguntas del cuestionario pueden ser de diversas formas, en este caso para las preguntas cerradas, sus opciones de respuesta pueden ser dicotómicas o de elección múltiple, estas últimas ayudarán a realizar una medición cuando se utiliza una escala para obtener una respuesta jerarquizada. Dentro de las referencias empíricas que se han encontrado, para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios de salud que se ofrecen, las escalas más manejadas son las de opción múltiple.

La otra técnica que se utilizó, fue la observación, que permite la recolección de datos a través del registro sistemático y se recolecta la información sobre la conducta observada, más que de percepciones⁵², por lo que, para conocer el nivel de apego al manual de procedimientos por parte del personal de nutrición, se utilizó una guía de observación y una lista de cotejo, las cuales permitieron observar sistemáticamente un proceso y verificar si éste tenía consistencia con el diagrama de flujo del mismo.⁴⁶

La lista de cotejo para el Nutriólogo estuvo compuesta de tres secciones que fueron: *Recepción y distribución de víveres*, *Dieta a pacientes* y *Elaboración y preparación de alimentos*, con un total de seis ítems. La lista de cotejo

para el ecónomo estuvo compuesta de dos secciones, que fueron: *Recepción y distribución de víveres* y *Dieta a pacientes* con un total de nueve ítems.

La guía de observación para el Nutriólogo estuvo compuesta por dos secciones que fueron: *Dieta a pacientes* y *Elaboración y preparación de alimentos* con diecisiete ítems; la guía de observación para el ecónomo, tuvo tres secciones: *Recepción y distribución de víveres*, *Dieta a pacientes* y *Elaboración y preparación de alimentos*, con un total de doce ítems; y la guía de observación para las cocineras estuvo compuesta por la sección *Elaboración y preparación de alimentos* con tres ítems.

Cada contenido de las tres secciones, se contestó con respuestas de Si cumple, No cumple y No aplica, indicándose que las mismas no recibieron un puntaje ya que sólo se quería conocer el porcentaje de actividades cumplidas y no cumplidas en cada uno de los procedimientos.

La aplicación de los tres instrumentos se realizó en los tres turnos en que labora el departamento (matutino, vespertino y jornada acumulada), para el procedimiento *Recepción y distribución de víveres*, sólo se realizó en el turno matutino ya que es en éste, donde se lleva a cabo dicho proceso y en los días lunes o miércoles de la semana, ya que en esos días se reciben los abarrotes, frutas y verduras. Los procedimientos *Dieta a pacientes* y *Elaboración y preparación de alimentos*, se efectuaron en los tres turnos; en el matutino y vespertino un día de la semana (Lunes a Viernes) y en jornada acumulada por la mañana (Sábado).

4.8.1 Validez y confiabilidad de los instrumentos de medición

Se realizó una prueba piloto, la cual se aplicó a una población con características semejantes a las de la población que se iba a estudiar, por lo que se aplicó, en pacientes internados en el hospital durante las primeras semanas del mes de marzo del año 2009, los cuales no fueron los mismos, en el momento de aplicar la encuesta final.

a Prueba piloto, consiste en aplicar el instrumento, en personas con características semejantes a la de la muestra objetivo, ayuda a conocer la validez del instrumento.

El cuestionario fue validado por expertos, es decir, por el nutriólogo encargado de la cocina y la Jefa del Departamento de Nutrición del hospital. Se aplicó a una muestra de 13 pacientes del área institucional.

Para la confiabilidad del cuestionario, se utilizó la prueba test-retest, en donde un mismo instrumento se aplica dos o más veces, a un mismo grupo de individuos, después de un periodo de tiempo que no debe ser largo y "si la correlación de los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable", para esto se sacó el coeficiente de correlación de Pearson, donde a partir de 0.75 se considera aceptable.⁴⁹ Se aplicó el cuestionario dos veces al mismo paciente, esperando que sus respuestas fueran similares en ambos cuestionarios durante la prueba piloto, la aplicación la realizó la responsable del estudio.

4.8.2 Resultados de la prueba piloto

La validez del cuestionario de satisfacción de los pacientes hospitalizados, se realizó por expertos, es decir, fue revisado por la Jefa del Departamento de Nutrición del hospital Civil.

Las modificaciones realizadas a dicho instrumento, fueron las siguientes:

1. Se puso el salto de pregunta que no estaba considerado en las preguntas 8 y 16
2. Las preguntas 6 y 7 se invirtieron de lugar, ya que la número 7 correspondía al apartado de las características de la dieta
3. La pregunta 11 y 12 se invirtieron de lugar, para darle una mejor coherencia de las mismas
4. En la pregunta 13 se quitó el paréntesis que tenía y se puso un conector y su salto de pregunta.
5. La pregunta 15 se separó en dos, elaborando una para la "explicación de su dieta" y la otra para los "cuidados de su alimentación", y con sus respectivos saltos de pregunta
6. Con estas modificaciones el número de preguntas aumentó, por lo que la numeración cambió
7. Cada una de las opciones de respuesta tiene asignado un valor, sólo en la pregunta 16 este valor se invirtió, teniendo así: Sí vale 0 y No vale 3 puntos

Es importante mencionar que todas las preguntas fueron entendidas por los encuestados. El tiempo de aplicación por cuestionario varió de 2 a 3 minutos, por persona.

Para el análisis de la confiabilidad del instrumento, se sacó el coeficiente de correlación r de Pearson, teniendo un resultado de 0.99, lo cual es una correlación positiva muy fuerte, lo que indica que el instrumento tiene estabilidad con lo que se quiere medir, es decir, es confiable.

La lista de cotejo y la guía de observación fueron validadas por la encargada de cocina. Ésta validación se realizó en el quinto mes del 2009.

Después de realizada la prueba piloto y la revisión de los instrumentos, se corrigió el cuestionario así como la lista de cotejo y la guía de observación, para mejorarlos y usarlos en la investigación; y se procedió a su aplicación final.

4.9 Plan de procesamiento y análisis de los datos

4.9.1 Encuesta de satisfacción del paciente hospitalizado

Para el procesamiento de los datos, de la encuesta aplicada a los pacientes hospitalizados, primero se codificaron las respuestas de cada pregunta para poder capturar los resultados en una base de datos, en el programa Epi Info.

La codificación se hizo de la siguiente manera; se le asignó el número 3 (tres) a las respuestas Bueno, Muy adecuado, Muy agradable, Suficiente, Entendible y Sí; el número 2 (dos) a las respuestas, Regular, Adecuado, Agradable y Poco entendible; y el número 0 (Cero) a las respuestas, Malo, Inadecuado, Desagradable, Insuficiente, No entendible y No.

Para el análisis, se aplicó la estadística descriptiva, para obtener frecuencias y porcentajes de satisfacción de manera general y por área.

También se obtuvieron frecuencias y porcentajes por cada una de las dimensiones y por cada uno de los ítems; y se utilizaron diagramas de pastel o de barras para la presentación de resultados.

Se determinó la proporción de pacientes satisfechos en la muestra y se aplicó la prueba t de student para diferencia de proporciones, para determinar si existe una diferencia

estadísticamente significativa entre el área privada e institucional del hospital, así como también en los cuatro servicios que conforman el área institucional (cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecología).

4.9.2 Lista de cotejo y guía de observación del manual de procedimientos del servicio de nutrición

Para el procesamiento de los datos, se codificaron las respuestas de la siguiente manera, se le asignó un 1 (uno) a la respuesta *Sí cumple* y un 0 (cero) a *No cumple*; los datos fueron capturados en una hoja de cálculo del programa de Microsoft Excel 2003.

Para el análisis, sólo se aplicó estadística descriptiva, por lo que se describió al grupo en estudio sacando el porcentaje de cumplimiento de manera global, por turno (matutino, vespertino y jornada acumulada), por cada uno de los procesos y por cada tipo de personal que está involucrado en dichos procesos. Se utilizó diagramas de barras para la presentación de los resultados y, de esta forma, se observó si existe diferencia en el apego a los procedimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weiss C. Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción. 2ª ed. México: Trillas. 1991 Pp. 13-37
2. Cohen E y Franco R. Evaluación de proyectos sociales. México: Siglo veintiuno editores. 1992 Pp. 72-119
3. Correa S, Puerta A y Restrepo B. Investigación evaluativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. [Internet]. Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior; 2002 [citado 26 de feb. de 2009]; Disponible en: http://www.icfes.gov.co/cont/s_fom/pub/libros/ser_inv_soc/modulo6.pdf
4. Martínez A, Chávez S, Cambero E. Gestión de la calidad en los servicios de salud. México: Universidad de Guadalajara. 2007. Pp. 19-107, 204-208
5. Diccionario de la Real Academia Española. 23ª ed. México 2003.
6. Corella J. La gestión de servicios de salud. España: Díaz de Santos. 1996.
7. Cantú H. Desarrollo de una cultura de calidad. México: McGraw-Hill. 1997. Pp. 3-28 y 32-61
8. Aguirre H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1991; 33(6):623-29
9. Aguirre H. La informática al servicio de la calidad y la efectividad en la atención médica. Rev. Med IMSS [Internet]. 2002 [citado 01 oct. 2008]; 40(4):349-58 Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/3001DBFB-7FF0-464C-9810-13FACD15102A/0/informatica10.pdf>
10. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Méx. Marzo-abril 1990; 32(2): 170-180
11. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana; 1991.
12. Gómez M. Aplicación de la norma ISO 9001:2000 y el sistema HACCP. División de certificación de sistemas. [Internet]. Madrid: AENOR. Nov. 2001 [citado 01 nov. 2008]; Disponible en: http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_marzo_02/VCongreso_publicaciones/Congreso/Congresoprograma.htm
13. Secretaría de Salud. Manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. SICALIDA. [citado 22 feb. 2009]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/manual_acredita.pdf
14. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Salud. INDICA. [citado 19 feb. 2009]. Disponible en: <http://www.calidadensalud.gob.mx/frame.htm>
15. Lerena A. Los servicios de alimentación en hospitales y sanatorios. Clínica Alimentaria. Industrialización,

- Tecnología, Legislación y Consumo de Alimentos [Internet]. Argentina 2001. [citado 30 sep. 2008]; Disponible en: http://www.fundacionnuebaymas.org.ar/pdf/11/LOS_SERVICIOS_DE_ALIMENTACION_EN_HOSPITALES_Y_SANATORIOS.pdf
16. Dolly B. Administración de servicios de alimentación. Calidad, nutrición, productividad y beneficios. 2ª ed. [Internet] Colombia: Universidad de Antioquia, 1992. [citado 28 oct. 2008] Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=GxTF74WTNAYC&printsec=frontcover&dq=Administraci%C3%B3n+de+servicios+de+alimentaci%C3%B3n.+Calidad,+nutrici%C3%B3n#PPP1,M1> Pp. 217- 18
 17. Especificaciones técnicas del servicio de alimentación del Hospital Nuestra Señora de Gracia [Internet]. España: abril 2008 [citado 02 oct. 2008]; Disponible en: <http://benasque.aragob.es:443/cgi-bin/BoaAA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=264710300509>
 18. De los Ríos J y Ávila T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y educación en enfermería [Internet] 2004 [citado 18 feb. 2009] 22(2):128-137 Disponible en: <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/ojs/index.php/iee/issue/view/13/showTo>
 19. Malagón G, Galán R, Pontón G. Administración hospitalaria. 2ª ed. Panamericana Bogotá: 2000. Pp. 546-565
 20. Malagón L, Galán M, Ponto L. Garantía de calidad en salud. Colombia: Médica Panamericana. 2001 Pp. 102-107
 21. Donabedian A. Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica. 1988. Pp. 71-83
 22. Asenjo M, Bohigas L, Prat A, Trilla A. Gestión diaria del hospital. 2ª ed. España: Masson. 2002 Pp. 285,293-294
 23. Guerreiro R. Administración de alimentos a colectividades y servicios de salud. México: McGraw-Hill. 2001 Pp. 58-60.
 24. Secretaría de Salud. Propuesta metodológica para la construcción de un índice de trato. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Documento Técnico. [Internet]. México: Secretaría de Salud. [citado 02 oct. 2008]; http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf
 25. Hernández B, García C, Anzures R, Orozco M. Satisfacción de usuarios en unidades de medicina familiar. Rev. Méd. IMSS. México: 2002. Vol. 40 No. 5.
 26. Herrera C. Seguridad alimentaria. Higiene y manipulación de alimentos. [Internet]. Rev. Perú: Parlante, Ene-Feb. 2005 [citado 2008 oct. 30]; 20(83) Disponible en: http://www.guamanpoma.org/parlante/parlante83/web/parlante_83_salud_suplemento.htm
 27. Pico M, Mestre G, Blasi S, Arrieta G, Ruiz O. Percepción de la satisfacción con el Servicio de alimentos en pacientes internados en un hospital pediátrico. Rev. Méd. Inf. [Internet]. Argentina: Marzo 2001 [citado 29 sep. 2008]; 8(1): Disponible en: http://www.drwebsa.com.ar/fhg/revista/vol08/vol08_es/vol08_01_01.htm
 28. Andrade W, Gómez R, Reyna O y Saldaña R. Informe de Evaluación del Departamento de Nutrición Hospital Iquitos Cesar Garayar García. [Internet]. Perú: Septiembre 2006 [citado 27 ene 2009]; Disponible en: <http://www.cmploreto.com/hi/main/descargas/calidad/4.pdf>
 29. Santilla L. Informe de la encuesta de satisfacción del usuario interno y externo del departamento de nutrición. Hospital Cesar Garayar García de Iquitos. Ministerio de Salud. [Internet]. Perú, 2006 [citado 02 oct. 2008]; Disponible en: <http://www.cmploreto.com/hi/main/descargas/calidad/5.pdf>
 30. Diario digital ciudadano. Miniciudadreal. El Hospital de Talavera saca nota en alimentación a pacientes y limpieza. [Internet]. España, Publicado 03 agosto 2008. [citado 03 oct. 2008]; Disponible en: <http://www.miciudadreal.es/content/view/59301/10018/>
 31. ABC Noticias de España y el mundo. Los usuarios califican de "muy buena" la comida del hospital. [Internet]. España, Publicado 04 agosto 2008. [citado 27 oct. 2008]; Disponible en: <http://www.>

- abc.es/20080804/toledo-toledo/usuarios-califican-buena-comida-20080804.html
32. Bazán K, Benavente B y Delgado D. Satisfacción del usuario hospitalizado y percepción de la calidad de atención de un servicio de nutrición. VI Jornadas Científicas Sanfernandinas y IX Jornadas de Investigación en Salud. [Internet]. Lima 2007 [citado 20 junio 2009]. Disponible en: <http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v69n4/pdf/a13v69n4.pdf>
 33. González M, Olveira F, Liébana I, Oliva L, Laínez M, Muñoz A. Influencia de la temperatura de los alimentos en pacientes hospitalizados. Nutr. Hosp. [Internet]. 23(1) Ene-Feb. 2008 [citado 04 oct. 2008]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112008000100009&lng=en&nrm=iso
 34. Galindo S, Riande G, Lozano M. Carpeta de Gestión de Calidad. Departamento de Nutrición. Hospital "Dr. Luís F. Nachón". Xalapa, 2008.
 35. Servicios de Salud de Veracruz. Manual de Organización de los Servicios de Salud de Veracruz. [Internet]. 2004 [citado 2009 ene 15]. Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/portal/page?_pageid=693,12600675&_dad=portal&_schema=PORTAL
 36. 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: Secretaría de Salud; Marzo 2007 [citado 01 nov. 2008] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/doctosFuente/manual_mg2007.pdf
 37. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. [Internet]. [citado 2008 sep. 10]. Disponible desde: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
 38. Domínguez E, Hernández E, Hernández J, Rodal M, Sánchez M. Construcción de cinco manuales administrativos del Departamento de Consulta Externa. Xalapa, Veracruz. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública: 2008.
 39. Pérez J. Servicio de alimentación en los Centros Sanitarios. Revista de Administración Sanitaria. [Internet] Oct-Dic 1998 [citado 01 oct. 2008]; 1(8). Disponible en: http://www.administracionsanitaria.com/RAS_PRIMERA/08/gest2.pdf
 40. Navarro P. Hospitales. Normas y procedimientos. México: Trillas. 1991 Pp. 91-92
 41. García J. La elección del tipo de diseño de investigación. Revista científica de enfermería. [Internet] 2004 abr. 06 [citado 27 oct. 2008]; (5). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formacion%205.3.pdf
 42. Gimeno C, Quezada L. El paradigma crítico en contraste con el paradigma positivista. Boletín, Maestras y maestros: Practicas y Cambio. [Internet] Santo Domingo, sep. 2002 [citado 27 oct. 2008] 9 (45). Disponible en: http://www.centropoveda.org/publicaciones/periodicas/mmaestr/bajar_bl/boletines2002/maest_45sep-2002.pdf
 43. Hernández G, Saldaña I. Guía básica para desarrollo de investigaciones. Guía práctica para su desarrollo desde una perspectiva cuantitativa. México: Universidad Veracruzana; 2002.
 44. Argimon-Pallás JM, Jiménez-Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª ed. Madrid: Harcourt; 2000. Pp. 15-18.
 45. Martínez R, Rodríguez E. Metodología de la investigación en las ciencias médicas. [Internet]. Cuba: Biblioteca Virtual en Atención Primaria de Salud; s/f [citado 11 de oct. 2008], Cap. V. Disponible en: <http://aps.sid.cu/bvs/materiales/metodologia-investigacion/raul.htm>
 46. Lerma H. Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto. ECOEEDICIONES. [Internet]. 2003. [citado 22 nov. 2008]. 66-67p. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=XL7ecoiY4qwC&printsec=frontcover&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n:+propuesta,+ante+proyecto+y+proyecto.&sig=ACfU3U0QzZehA2ANG-vxqnwK4izhuwK79Gg#PPP1,M1>
 47. Hernández-Ávila M, Garrido-Latorre M, López S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública

Méx. 2000; 42(2): 144-54.

48. Mario F. Triola M. Pineda L, Pineda M. Estadística. Pearson Educación. [Internet]. 2004. [citado 26 de oct. 2008]. Pp. 24-25. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=Lj5VlatlLhsC&pg=PA24&dq=tipos+de+muestreo%2Bpor+estratos+y+aleatorio+simple#PPA26,M>
49. Hernández R. Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2008. Pp 247-248, 289, 310-329, 374 a 385.
50. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Estados Unidos Mexicanos Síntesis de resultados. INEGI. [citado 27 de feb. 2009]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/censos/mexico/2000/glosario.pdf>
51. Maceiras L. Encuestas de satisfacción de usuarios. Salud Pública Educ Salud. [Internet] 2000 [citado 20 ene 2009]; 2 (1):28-33, Disponible en: <http://webs.uvigo.es/mpsp/rev02-1/encuestas-02-1.pdf>
52. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Lista de cotejo. [Internet]. México. 2006. [citado 05 dic. 2008]. Disponible en: <http://dgplades.salud.gob.mx/2006/htdocs/hg/Nuevas/ho9.pdf>

DIAGNÓSTICO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL. HOSPITAL “DR. LUIS F. NACHÓN”. XALAPA, VER., 2009.

Alumna: Nelsy Marien Cortés Jiménez

Director de Tesis: Gabriel Riande Juárez

Asesora Externa: Claudia Patricia Laguna Martínez

1. MARCO REFERENCIAL

El presente capítulo contiene las diferentes teorías que enmarcan y sustentan el estudio del clima organizacional (CO). Es importante señalar que si bien ésta es una investigación que se realizará en una institución de salud, la misma como organización se fundamenta en las teorías de la administración, el comportamiento y las relaciones humanas, finalizando con la teoría de las organizaciones de salud, propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se analiza el estudio del CO en este tipo de instituciones. Posteriormente, se podrá encontrar los estudios relacionados al CO que se han hecho en diferentes países, enfatizando en su objetivo, metodología y resultados; por último, se contextualiza al lector sobre el hospital “Dr. Luis F. Nachón”, lugar donde se realiza la investigación.

1.1 Marco teórico

1.1.1 Hospital como organización

Daft,¹ en su libro teoría y diseño organizacional, define a las organizaciones como entidades sociales que están dirigidas al alcance de metas, diseñadas con una estructura previamente analizada, donde se trabaja en coordinación y que está vinculada al medio ambiente.

Una de las características principales, de las organizaciones, es que están formadas por personas y las relaciones interpersonales se dan con el fin de desempeñar acciones que ayuden al logro de sus metas.

Existe una gran diversidad de organizaciones, dependiendo del tamaño, del giro o la industria a la que pertenezcan; sin embargo, es importante en el marco de esta investigación señalar la diferencia entre aquellas organizaciones que buscan una retribución económica y las que dirigen sus esfuerzos para la generación de un impacto social.

El autor menciona las funciones que una organización debe de cumplir, entre las que se encuentra:

- Reunir recursos para alcanzar las metas y resultados deseados
- Producir bienes y servicios con eficiencia
- Facilitar la innovación
- Utilizar productos modernos y tecnologías basadas en computadoras
- Adaptarse e influir en un ambiente cambiante
- Crea valor para los propietarios, clientes y empleados
- Acomodarse a los desafíos constantes de diversidad, ética, patrones de desarrollo profesional, motivación y coordinación de los empleados.

Es necesario que las organizaciones cumplan con dichas funciones, con el fin de que éstas lleven la dirección y alcancen los objetivos que se elaboraron en su planeación.

Por otro lado, es necesario entender que las organizaciones tienen diferentes perspectivas que ayudan a entender su funcionamiento, una de ellas es: la visualización de la organización como un sistema abierto que encara y configura a la organización.

La organización, como un sistema abierto, debe estar en permanente convivencia con el exterior para poder sobrevivir, por lo que debe estar en constante cambio, adaptándose a las necesidades del ambiente en forma continua, de donde toma recursos en bruto, como lo son los humanos, económicos y financieros para llevarlos a la organización, pasando por un proceso de transformación y, poder así, llevarlos de nuevo al exterior ya en forma de producto o servicio.¹

En este contexto, Miguel Ángel Asenjo, en su libro Gestión diaria del hospital, utiliza la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde dice que un hospital es parte integrante de una organización

médica y social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar.²

Otra definición de hospital, es la que proporciona la Ley de Hospitales de España, que dice que los hospitales son aquellos establecimientos que están destinados a dar servicios de asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que puedan realizarse en ellos, además, de la medicina que se crea conveniente, medicina preventiva y de recuperación, además del tratamiento ambulatorio.²

En este contexto, los hospitales son organizaciones como cualquiera, en donde es necesario el logro de objetivos, formada por personas que ayudan y cooperan para el alcance de estos, con una estructura orgánica perfectamente planeada, de acuerdo a las necesidades del ambiente, y que cumple ciertas funciones, como es la producción de servicios.

El Hospital "Dr. Luís F. Nachón" es una organización que cumple con las características antes mencionadas, además de ser claro ejemplo de una institución como sistema abierto, es por ello que ésta debe ir cambiando y desarrollándose en función de las condiciones del medio en el que está inmerso.

Atendiendo a estas necesidades, el hospital se sometió a un proceso de certificación que inició en febrero del año 2008, por lo que se solicitó a los directivos la creación de un comité de certificación, el que integró una Coordinación de Desarrollo Hospitalario (CDH) con el fin de implementar un modelo de gestión de calidad, como parte de un programa de desarrollo organizacional (DO).³

El desarrollo organizacional surge en 1962 como un conjunto de ideas sobre el hombre, la organización y el ambiente, con el propósito de facilitar el crecimiento y desarrollo de las organizaciones. Según Chiavenato, en su libro *Introducción a la teoría general de la administración*, el DO es un desdoblamiento práctico y operacional de la teoría del comportamiento en dirección al enfoque sistémico.

Chiavenato en su libro, cita a French y Bel, quienes definen al DO como:

"el esfuerzo de largo plazo, apoyado por la alta dirección, con el propósito de mejorar los procesos de resolución de problemas de renovación organizacional, particularmente

por medio de un diagnóstico eficaz y colaborativo y de la administración de la cultura organizacional, con énfasis especial en los equipos formales de trabajo, en los equipos temporales y en la cultura intergrupala".⁴

Según la OPS, el desarrollo organizacional se entiende como un conjunto de actividades para llevar a cabo un cambio planeado, que tiene como base los valores humanistas, esto con el único fin de mejorar la eficacia de la organización y el bienestar de los empleados;⁵ así como, desde mi punto de vista, la satisfacción de los usuarios.

Es importante mencionar que todo cambio siempre genera resistencia, aunque esto no siempre es negativo, ya que da una idea de cómo los individuos se van a comportar, además, de que señala cierto grado de estabilidad; sin embargo, muchas veces puede resultar una fuente de conflicto, ya que obstaculiza la adaptación y el progreso.⁶

Esta resistencia se da por que existe una cultura que determina el comportamiento de las personas, ya que ésta se considera como un conjunto de valores, creencias, conocimientos y formas de pensar que comparten todos los miembros de la organización y que se enseña a aquellas personas que se van integrando a la organización; generalmente nadie sabe que existe, a pesar de que todos están inmersa en ella.

Otra definición de cultura es la que refiere a ella como el conjunto de hábitos, valores, tradiciones, interacciones y relaciones sociales típicas de cada organización. Representa la forma tradicional en la cual están acostumbrados a pensar y hacer las cosas y es compartida por todos los trabajadores de la organización,⁴ por lo cual es sumamente difícil intervenir en ella.

La cultura organizacional posee gran poder y existe la necesidad de enfrentarse a ella cuando se quiere dar un cambio, ya que este regularmente viene acompañado de estrategias que pueden ir en contra de las normas básicas de esa cultura y sus valores.¹

La cultura organizacional se manifiesta a través del comportamiento y el clima organizacional. Si bien, en todo este proceso de cambio, en atención a las exigencias del exterior, las organizaciones también deben preocuparse por todo aquello que ocurre dentro de la organización, es decir el clima organizacional (CO), el cual se entiende como el conjunto de percepciones de las características

relativamente estables de la organización, que influyen en las actitudes y el comportamiento de sus miembros⁷.

Hall, citado por Álvarez, define al clima organizacional como todas aquellas características del ambiente organizacional que son percibidas por los trabajadores y que predisponen su comportamiento.

Este mismo autor cita a Dessler, quien hace referencia al hecho de que la definición de CO, se mueve entre aspectos tanto objetivos como subjetivos y es debido a eso que existe una gran cantidad de definiciones sobre el tema, sin embargo, ha optado por elaborar su propia definición que se divide en tres enfoques:

- Estructuralista: conjunto de características permanentes que describen una organización, la distinguen de otra e influye en el comportamiento de las personas que lo forman.
- Subjetivo: opinión que el trabajador se forma de la organización.
- Síntesis: cuando el trabajador se forma una opinión sobre la organización y la manera en como el estilo informal de los administradores y de otros factores ambientales importantes, influyen sobre las actividades, creencias y valores, motivando o no a las personas que trabajan en una organización.⁸

Tanto la cultura como el clima organizacional deben ser estudiados y analizados constantemente, con el fin de perfeccionarlas para poder lograr una alta motivación de los individuos y, con ello, una mayor eficiencia; sin embargo, hay que tomar en cuenta que el clima organizacional no es más que un reflejo de la cultura de la organización.

1.1.2 Teorías en el estudio del clima organizacional

1.1.2.1 Teorías de la administración

1.1.2.1.1 Teoría clásica

Fayol resalta, en su teoría clásica de la administración, el énfasis en la estructura, la cual parte de un todo organizacional, con el fin de garantizar la eficiencia en todas las partes involucradas, sean órganos o personas.

En esta teoría se toma en cuenta a todos los elementos que componen la organización y afirma que ésta debe cumplir seis funciones:

- técnicas: producción de bienes o servicios de la empresa.
- comerciales: compra, venta e intercambio.
- financieras: búsqueda y gerencia de capitales.
- de seguridad: protección de los bienes y de las personas.
- contables: inventarios, registros, balances, costos y estadísticas.
- administrativas: integración de todas las funciones de la dirección.

Este enfoque aporta 14 principios fundamentales para el ejercicio de la administración:

1. División del trabajo: especialización de las tareas y de personas para aumentar la eficiencia.
2. Autoridad y responsabilidad: derecho de dar órdenes y el poder esperar obediencia; la responsabilidad, dada por la autoridad, implica el rendir cuentas. Debe existir equilibrio entre ambas.
3. Disciplina: obediencia, dedicación, energía, comportamiento y respeto de las normas establecidas.
4. Unidad de mando: recibir órdenes de sólo un superior.
5. Unidad de dirección: asignación de un jefe y un plan para cada grupo de actividades que tengan el mismo objetivo.
6. Subordinación de los intereses individuales a los generales: por encima de los intereses de los empleados están los intereses de la empresa.
7. Remuneración del personal: debe haber satisfacción justa y garantizada retribución, para los empleados y para la organización.
8. Centralización: concentración de la autoridad en los altos mandos de la organización.
9. Cadena escalar: línea de autoridad que va desde el nivel más alto al más bajo.
10. Orden: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar, refiriéndose a cosas y personas.
11. Equidad: amabilidad y justicia para alcanzar la lealtad del personal.
12. Estabilidad del personal: disminuir la rotación, la cual posee un impacto negativo sobre la eficiencia organizacional.
13. Iniciativa: capacidad de visualizar un plan y su éxito.
14. Espíritu de equipo: armonía y unión entre las personas con el fin de constituir fortalezas para la organización.⁹

Si bien, es importante mencionar que el estudio del clima organizacional se fundamenta, prácticamente en su totalidad, en las teorías de las relaciones humanas, como

se verá en los siguientes apartados, no se puede dejar de lado la teoría clásica de Fayol, ya que, a pesar de ser una teoría en la que se veía al ser humano como un ente económico, se puede observar dentro de alguno de sus principios el trato equitativo y digno hacia los empleados, igualmente las teorías humanistas tienen de trasfondo un beneficio económico.

1.1.2.2 Teoría del comportamiento organizacional

Los humanos han transcurrido en una lucha por la búsqueda de la igualdad, sin embargo, las características tan específicas y únicas de los individuos se han perdido en su gran diversidad, lo que ha llevado a un confuso entendimiento y comprensión del comportamiento humano.

La teoría del comportamiento humano, trata de integrar una serie de conceptos y variables que ayudan al estudio de como los individuos actúan e interactúan en sus diferentes contextos. Dentro de las características del comportamiento se desprende una serie de variables como la personalidad, autoestima, inteligencia, carácter, emoción, motivación, familia, aprendizaje y cultura, entre otros.

En este marco, el psicólogo estadounidense Douglas Mc Gregor, afirma con indiscutibles argumentos que de la teoría del comportamiento humano se desprenden la mayoría de las acciones administrativas¹⁰.

El comportamiento organizacional es uno de los principales enfoques para estudiar el impacto que los individuos, los grupos y la estructura tienen sobre el comportamiento dentro de las organizaciones, con el propósito de aplicar tal conocimiento al mejoramiento de la eficacia de la misma⁶.

Por ello, es importante tratar de entender, dentro de un hospital, el comportamiento del personal con el fin de hacerlo más eficiente y mejorar el servicio que se proporciona al usuario.

1.1.2.3 Teoría "X" y "Y" del comportamiento organizacional

Del comportamiento organizacional se desprenden una diversidad de teorías para ayudar a explicarlo; una de ellas es la teoría "X", en la cual se asume que las personas evitarán trabajar ya que les disgusta hacerlo, esto debido a las pocas ambiciones y responsabilidad que poseen.

Se les concibe como indiferentes a las necesidades de la organización y renuentes al cambio, ni las retribuciones por su trabajo los anima a interesarse por realizar sus actividades dentro de la organización, es entonces que los directivos tienen que recurrir a ciertas formas de coerción, control y amenazas, para lograr que los subordinados lleven a cabo sus labores.

Por otro parte, la teoría "Y" se apoya en el supuesto de que la gente no es perezosa y lo único que los directivos tienen que hacer es potencializar sus capacidades, con el fin de que trabajen de forma natural, divertida y relajada.¹¹

Considero que la teoría "Y" ofrece mayor aportación al estudio, ya que el hecho de estudiar el clima organizacional con el fin de poder proponer alternativas de solución, a través de la identificación de áreas de mejora, tanto en los diferentes departamentos como en las personas, permitirá potencializar sus capacidades.

1.1.2.4 Teoría "Z"

Por otro lado, William Ouchi propone una teoría "Z", en la que la autoestima de los empleados está ligada a un aumento en la productividad de las organizaciones.

Esta teoría sugiere que los individuos no desligan su condición de seres humanos a la de empleados y que la humanización de las condiciones de trabajo aumenta la productividad de la empresa y, a la vez, la autoestima de los empleados.¹²

La teoría "Z" afirma que, para poder entender las necesidades del trabajador dentro de la organización, es necesario tomar en cuenta ciertos factores externos a ésta; en este sentido, es importante tomar en cuenta que no es posible separar la vida personal de los empleados de las cuestiones laborales.

Esta teoría está basada en las relaciones humanas, tomando en cuenta aspectos como relaciones personales estrechas, trabajo en equipo y confianza, entre otras; trata de mejorar la productividad a través de una filosofía humanista, en la que la organización debe comprometerse con sus empleados; además, permite darse cuenta de que los trabajadores no son solo máquinas que producen, sino que son seres integrales que se ven afectados por los diferentes contextos en los que se desenvuelven, llevando estas experiencias de un lugar a otro.

Esto será de gran importancia para poder analizar la presente investigación, tomando en cuenta no solo aquello que ocurre dentro de la organización, sino también lo que sucede fuera de ella y que influye en el CO.

1.1.2.5. Teoría de las relaciones humanas

La teoría de las relaciones humanas trae consigo una nueva visión, dentro de las organizaciones, sobre la naturaleza del hombre, ya que concibe al trabajador no como un ente económico, sino como un ser social con sentimientos, deseos, percepciones, miedos y necesidades que lo motivan a alcanzar ciertos objetivos, donde a través de los estilos de liderazgo y las normas del grupo se determina, de manera informal, los niveles de producción.

Este enfoque humanista no pierde de vista el objetivo principal de las teorías clásicas, maximizar la productividad; esto, claro, sin dejar de lado que los factores sociales y psicológicos pueden determinar, en gran parte, la producción y satisfacción de los trabajadores⁷.

1.1.2.5.1 Motivación humana

En ese sentido, se desprende la teoría de la motivación de Elton Mayo, en la cual, trata de explicar que tanto los factores económicos, salariales y las recompensas, sociales y simbólicas, motivan a los empleados influyendo en su comportamiento.

El organismo humano permanece en estado de equilibrio psicológico; sin embargo, Lewin, en su teoría de la motivación, hace énfasis en que toda necesidad, ya sea fisiológica, psicológica o de autorrealización, crea un estado de tensión en la persona que reemplaza el estado de equilibrio y esto lo predispone a llevar a cabo una acción; lo que quiere decir, que las necesidades motivan el comportamiento humano, capaz de satisfacerlas.

De esto, se puede decir que la motivación se refiere al comportamiento causado por necesidades internas de la persona, el cual se orienta a lograr los objetivos que puedan satisfacer sus necesidades.

Toda necesidad no satisfecha produce una frustración y origina ciertas conductas:

- Desorganización del comportamiento
- Agresividad
- Reacciones emocionales
- Alineación y apatía.⁴

1.1.2.5.2 Teoría de la jerarquía de las necesidades

Abraham Maslow, formula una hipótesis, en la que afirma que los seres humanos tienen sus necesidades jerarquizadas en cinco niveles:

1. Fisiológicas: físicas como el hambre, la sed y el sexo, entre otras.
2. Seguridad: seguridad y protección del daño físico y emocional
3. Sociales: afecto, pertenencia, aceptación y amistad.
4. Estima: respeto a uno mismo, autonomía, logro, estatus, reconocimiento y atención.
5. Autorrealización: crecimiento, logro del potencial individual, hacer eficaz la satisfacción plena con uno mismo.

Una vez satisfecha la primera necesidad, la siguiente tomará mayor importancia y así consecutivamente. Cada vez que una necesidad está cubierta ya no motiva, por lo que es necesario identificar aquellas que se encuentran satisfechas para enfocarse en la siguiente, dentro de la pirámide.¹

La motivación es un punto que no puede dejarse fuera del estudio del clima organizacional, ya que, definitivamente, los seres humanos se comportan y actúan dependiendo de las necesidades que deben satisfacer; por ello, los directivos de las organizaciones tienen que preocuparse por ayudar a satisfacer dichas necesidades, con el fin de no tener personal frustrado que impida u obstaculice el alcance de los objetivos.

1.1.2.5.3 Liderazgo

El análisis del liderazgo, en el estudio del clima organizacional, es de gran importancia, ya que un buen ejercicio de éste ayuda a lograr buenos indicadores de eficacia y competitividad, además de que ayuda a la organización a mejorar su dinámica grupal y un mejor comportamiento de ésta.

El liderazgo tiene la capacidad de influir y conducir a un grupo de personas para alcanzar las metas establecidas¹². Según el enfoque de las relaciones humanas, existen diversas teorías que explican el liderazgo, como lo son, la teoría de rasgos de personalidad la cual busca las características de personalidad, sociales, físicas o intelectuales que diferencian a los líderes de los seguidores⁶; y la teoría de estilos de liderazgo.

1.1.2.5.4 Teoría de estilo de liderazgo

Los líderes tienen cierto tipo de comportamiento dentro del ejercicio del liderazgo. Esta teoría enfatiza la existencia de tres estilos de liderazgo¹³:

1. Liderazgo autocrático: imposición de órdenes a los subordinados y centralización de las decisiones, no existe participación. Se presenta tensión, frustración y agresividad, ausencia de espontaneidad e iniciativa, no se muestra satisfacción por parte del personal y es necesaria la presencia del líder para desarrollar la actividad.
2. Liderazgo liberal: el líder no ejerce ningún tipo de control y delega la mayor cantidad de actividades posible, lo que conlleva a una alta actividad de los subordinados, pero con una escasa productividad, favorece el individualismo y el poco respeto al líder.
3. Liderazgo democrático: un líder con este estilo orienta al grupo al logro de los resultados, además de favorecer la participación de los empleados. Existe una buena comunicación entre el líder y el subordinado, el trabajo se lleva a cabo, aun cuando el líder no está presente, se desarrolla un claro sentido de responsabilidad, compromiso personal y un excelente clima de satisfacción que favorece la integración grupal.

Según la definición de liderazgo, se puede identificar que este es de suma importancia para el análisis del clima organizacional, ya que es a través de los líderes y su estrecha relación con los empleados el que se pueda influir en ellos y así fomentar todo aquello que promueva un buen clima organizacional.

Es por esto que se puede asumir que estas teorías, por muy diferentes que sean, pueden llegar a ser complementarias y explicar mejor el fenómeno de estudio y su comportamiento.

Es imposible pensar que este trabajo se adapte a una teoría, por lo que no se toma una sola, debido a la complejidad que representa el estudio del clima organizacional; y si bien las organizaciones del sector público, en este caso las de la salud, se han considerado diferentes por lo cual no se pueden manejar de la misma forma que otras, no se puede dejar de lado que todas las organizaciones, sin importar su giro, tamaño, etc., cuentan con recursos humanos como base primordial para el ejercicio de sus labores, por eso se mencionan en este trabajo y se retoma de ellas lo más importante para poder sustentar la realización de una buena

investigación.

En relación con la reflexión anterior, es importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró la teoría de la organización de los sistemas de salud, retomando partes importantes de todas las teorías ya mencionadas, fortaleciendo el planteamiento de que si bien las organizaciones son diferentes una de otra, incluso las del sector salud, estas parten de la misma base.

1.1.3 Teoría y técnica de desarrollo organizacional de la Organización Panamericana de la Salud⁷

Una vez analizadas las teorías anteriores, es importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud, en la búsqueda por la mejora de los servicios de salud, implementa un programa sub-regional de desarrollo de la capacidad gerencial de los sistemas de salud, donde recupera metodologías y herramientas a través de diferentes teorías administrativas que, si bien se aplican de manera muy general a diferentes tipos de organización, la OPS las adaptó para conformar un modelo de análisis y de desarrollo organizacional que se ajuste específicamente a las unidades de salud.

Por lo que propone, basándose en dichas teorías, una propia que sustente la dinámica organizacional de las instituciones de salud, llamándola Teoría de la Organización de los Sistemas de Salud, donde existen dos proyecciones importantes:

1. Desarrollo institucional (organizacional)
2. Gestión y capacidad gerencial

La primera de ellas, se relaciona con todo aquella intervención que impulse los cambios planeados para el desarrollo de la institución^a

La gestión y capacidad gerencial toma su importancia, dentro de esta teoría, en la función y capacidad gerencial para la toma de decisiones, así como la identificación de necesidades de cambio y la introducción de estos cambios a la organización.

En función de esto, se puede diseñar un modelo de análisis de la organización que permita diagnosticar problemas en diferentes dimensiones de la organización.

^a Este apartado se desarrolla específicamente más adelante

El modelo analítico, propuesto por la OPS con base en esta teoría, se comprende de cuatro áreas críticas:

- Ambiente
- Estructura
- Funcionamiento y
- Clima organizacional

El área crítica número cuatro toma gran importancia en esta investigación, ya que se pretende evaluar el clima organizacional de un hospital.

En el análisis del clima organizacional se considera la dimensión psicosocial de la organización, ya que analiza asuntos relacionados con cuestiones psicológicas y sociales, a través de: identificación de los estilos de liderazgo; interpretación de factores y niveles de motivación y satisfacción personal; calificación de los esquemas de reciprocidad; y la identificación de los mecanismos de participación en los procesos grupales de la organización.

En este marco, la OPS propone áreas críticas y variables para el análisis del clima organizacional, así como un instrumento que abarca las dimensiones que permitirían, no solo la evaluación del clima organizacional, sino también el alcance de algunos de los objetivos y políticas establecidas, ya que estas se encuentran relacionadas con el fomento de un buen o mal clima organizacional^b. El análisis de éste se realiza a través de una evaluación que permite identificar las percepciones individuales y grupales sobre la organización, mismas que inciden en las motivaciones y el comportamiento de las personas; es un instrumento que se elaboró con base en las necesidades de las unidades de salud, por lo que se considera un buen instrumento para esta investigación, además de haber sido elaborado por un organismo de reconocimiento internacional; por ello, a pesar de que si bien existen diversos cuestionarios que permiten estudiar el fenómeno, este ya ha sido probado y validado en instituciones de salud, ya que se elaboró tomando en cuenta las características muy particulares de este tipo de organizaciones.

1.1.3.1 Dimensiones para el análisis del clima organizacional

El modelo de análisis de clima organizacional, propuesto por la OPS, define 4 grandes dimensiones de evaluación que, a su vez, se dividen 4 variables cada una⁷. A continuación se presentan ad integran los conceptos para cada una.

- Liderazgo.- Influencia que ejerce un individuo en el comportamiento de otras personas en la búsqueda, eficiente y eficaz, de objetivos previamente determinados, por medio de la habilidad de orientar y convencer a otras para ejecutar, con entusiasmo, las actividades asignadas.
- Dirección.- Proporciona el sentido de orientación de las actividades de una unidad de trabajo, estableciendo los objetivos perseguidos e identificando las metas que se deben alcanzar y los medios para lograrlo.
- Estimulo de la excelencia.- Pone énfasis en la búsqueda de mejorar constantemente, mediante la incorporación de nuevos conocimientos e instrumentos técnicos. Promueve y asume la responsabilidad en cuanto a la calidad de los productos esperados y el impacto efectivo de la actividad institucional.
- Estimulo del trabajo en equipo.- Busca el logro de objetivos comunes. Conocer y compartir hacia donde se quiere llegar.
- Solución de conflictos.- Diferencias de percepciones e intereses que compiten sobre una misma realidad, por lo que el grupo debe confrontar estos problemas para resolverlos.
- Motivación.- Conjunto de reacciones y actitudes naturales, propias de las personas, que se manifiestan cuando determinados estímulos del medio se hacen presentes.
- Realización personal.- Se lleva a cabo dentro de un contexto ocupacional en el cual la persona aplica sus habilidades.
- Reconocimiento de la aportación.- Cuando la organización reconoce y da crédito al esfuerzo realizado por cada persona, en la ejecución de las tareas asignadas para el logro de los objetivos, posee un alto potencial motivador, ya que satisface las necesidades de realce del ego.
- Responsabilidad.- Capacidad de las personas a

^b Las políticas y objetivos se presentaron en el apartado de marco contextual.

responder por sus deberes y por las consecuencias de sus actos.

- Adecuación de las condiciones de trabajo.- Las condiciones ambientales, físicas y psicosociales, en que se realiza el trabajo, así como la calidad y cantidad de los recursos que se suministran para el cumplimiento de las funciones asignadas, debe ser congruente con la naturaleza misma del trabajo.
- Reciprocidad.- Relación de dar y recibir, mutuamente, entre el individuo y la organización.
- Aplicación del trabajo.- Las personas deben sentir la necesidad de responder, en forma adecuada y favorable, por el desarrollo del medio que los rodea, mediante su trabajo.
- Cuidado del patrimonio institucional.- Cuidado que los funcionarios exhiben de los bienes o las cosas materiales de la institución, además del fortalecimiento y defensa del prestigio y valores de la imagen institucional.
- Retribución.- La organización tiene que optimizar los contenidos retributivos, de las relaciones laborales, en beneficio de sus empleados, para contribuir a su realización personal y desarrollo social.
- Equidad.- Acceso a las retribuciones por medio de un sistema equitativo que trate a todos en condiciones de igualdad en trabajo y beneficios.
- Participación.- Contribución de los diferentes individuos y grupos formales e informales, en el logro de objetivos.
- Compromiso por la productividad.- Se da en la medida en que cada individuo y unidad de la organización, realiza con óptima eficacia y eficiencia el servicio que le corresponde, mediante el cumplimiento de las funciones individuales y de las reparticiones conforme a estándares de calidad y cantidad preestablecidos. Para lograr que exista un compromiso con la productividad, es necesario que se establezcan ciertas condiciones:
 - Parámetro de referencia de la productividad
 - Parámetro de referencia del rendimiento
 - Aceptación de metas comunes
 - Responsabilidad común
 - Intercambio de evaluaciones sobre el rendimiento

- Compatibilidad de intereses.- Integrar diversidad de componentes en una sola dirección y cumplir objetivos institucionales. Existen retos para lograr la participación organizada:
 - Competencia para obtener recursos limitados
 - Distribución del poder
 - Tendencias a la autonomía
- Intercambio de información.- La existencia del flujo de información, entre los grupos, es fundamental para el desarrollo de metas comunes.
- Involucramiento en el cambio.- Los organismos se encuentran en constante movimiento y el hombre no puede quedarse atrás, por lo que debe adoptar una postura y una actitud que se comprometa al cambio, lo oriente y promueva, para un buen desarrollo de la organización.⁷

1.2 Argumentación empírica

A continuación se presentan una serie de investigaciones que se han realizado, en unidades de salud, sobre clima organizacional, esto con el fin de proporcionar evidencia sobre el estudio de éste; sin embargo, es oportuno mencionar que si bien, según la bibliografía, es un tema que se ha venido estudiando cada vez con mayor frecuencia, aún es difícil encontrar gran cantidad de evidencia.

1.2.1 Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. España. 2003¹⁴

Este estudio se realiza en España y tiene como objetivo identificar la influencia de las dimensiones del apartado personas y características socio demográficas, del modelo EFQM, en la alta satisfacción de los trabajadores de un hospital local de la ciudad.

Fue un estudio transversal, realizado en noviembre del año 2003, en el cual se utilizó una encuesta de satisfacción para las personas del País Vasco, donde se midieron las variables satisfacción, características socio demográficas de las personas y las organizacionales.

Para cuantificar el grado de asociación se utilizaron la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza fue del 95%

c EFQM: European Foundation for Quality Management (Fundación Europea Para la Gestión de Calidad).

(IC del 95%).

Dicho estudio, tuvo resultados de la variable de satisfacción general con una puntuación media de 5.95, en una escala del 1 al 10. El 25% de los trabajadores valoró su satisfacción general con el clima organizacional como ≥ 8 . Los aspectos mejor considerados fueron: el plan medioambiental, la relación jerárquica, la promoción y el desarrollo profesional. Los apartados peor valorados fueron: la retribución, el conocimiento e identificación con los objetivos y la formación.

Los factores socio demográficos presentaron menor influencia sobre la satisfacción; con estos resultados, se llegó a la conclusión de que poco menos del 50 por ciento del personal se siente satisfecho con el clima organizacional; se encontró que la satisfacción está fuertemente asociada a la valoración positiva de características propias de la organización.

En este estudio, se pudieron identificar la existencia de factores externos a la organización, como es el caso de los factores socio demográficos, que pueden influir en el clima organizacional, dando como resultado una baja satisfacción laboral y probando así la teoría "Z" de William Ouchi.

1.2.2 Satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud como un factor de calidad.2006.¹⁵

Ésta evidencia elaborada por Romero, de la Universidad Veracruzana, tuvo como objetivo mostrar la relación que existe entre la calidad y la satisfacción laboral; a pesar de que si bien el clima organizacional y la satisfacción no son lo mismo, miden variables similares, este estudio evidencia su relación con la calidad, por lo que se puede inferir que el clima puede tener influencia directa o indirecta en la calidad de la prestación de los servicios.

La investigación se realizó en la ciudad de Campeche, en los centros de salud, en el año 2006, con el objetivo de conocer la satisfacción laboral del personal médico y paramédico, para mejorar la calidad de los servicios.

Dentro de la metodología, se aplicó un cuestionario a 100 trabajadores que incluía preguntas enfocadas a la satisfacción, actividades que desempeñan, remuneración, relaciones personales, carga y presión laboral, capacitación y desempeño.

Como resultado se obtuvo que: el 64 por ciento de los

entrevistados se sentían satisfechos en su trabajo; el 60 por ciento mostraba insatisfacción debido al poco reconocimiento de sus superiores; más de la mitad aseguraban no recibir un sueldo justo. Por lo que, en general, el investigador concluye que el personal, en su mayoría, se siente satisfecho con respecto a su trabajo; sin embargo, es un resultado que contrasta con la insatisfacción por parte del reconocimiento de sus superiores.

1.2.3 Experiencia cubana en la medición del clima organizacional¹⁶

El estudio realizado en Cuba por Segredo y Pérez, investigadoras de la Universidad Nacional de Salud Pública en Cuba, intentaron explicar la relación entre el clima organizacional y el desarrollo de los sistemas administrativos, la investigación se realizó a través de una herramienta propuesta por la OPS, que mide las variables de liderazgo, motivación, participación y reciprocidad.

La investigación se realizó en unidades de atención primaria, del sistema nacional de salud, se aplicó únicamente a los directivos, ya que es en este nivel donde se puede facilitar la conducción de los procesos de dirección.

Como resultado se obtuvo que las dimensiones más afectadas fueron las de motivación, reciprocidad, lo que guarda relación con lo ya planteado, de que el clima está muy influido por las características de los miembros de la organización (motivaciones, aspiraciones y las condiciones en que se desempeñan).

1.2.4 Análisis de clima organizacional aplicado al Hospital Victoria, Valdivia, Chile. 2003¹⁷

La importancia de mencionar este trabajo es hacer evidente el hecho de que se estudia el clima organizacional dentro de una unidad hospitalaria y cómo esto ayuda a identificar las fortalezas y debilidades de la organización, a través de la percepción que lo trabajadores tienen sobre ella.

Al hacer este estudio, López y Navarro, tuvieron como objetivo principal, medir y analizar el clima organizacional en el Hospital de Victoria, en Valdivia, Chile, para determinar cuál era el ambiente de trabajo existente.

La metodología para la recolección de la información se llevó a cabo a través de una muestra representativa,

donde se aplicó un cuestionario, a los trabajadores del hospital, con 71 indicadores, que determinaban las 14 variables que utilizaron para medir el clima de la organización.

Se obtuvo como resultado que el clima organizacional existente en el Hospital de Victoria es regular^d, por lo que se consideró incapaz de impulsar la mejora de la administración hospitalaria.

1.2.5 La cultura y el clima organizacional como factores relevantes en la eficacia del instituto de oftalmología. Perú, 2001⁸.

El estudio se realizó en Perú, por Alvares, en el año 2001, en el Instituto Nacional de Oftalmología (INO), el cual es un hospital de tercer nivel de atención médica; el objetivo principal fue resaltar la importancia de la cultura y el clima de la organización, planteándose que existe una relación con la eficacia del personal.

El estudio se realizó a través de la identificación de los factores culturales y su relación con la eficacia del personal, además de la relación de esos elementos con el desarrollo de la cultura organizacional, lo que se refleja en un clima organizacional motivante, retador y participativo.

La investigación se realizó a través del levantamiento de encuestas a los diferentes públicos del hospital (internos y externos). Las variables que se utilizaron fueron las de motivación, comunicación y liderazgo. En total se aplicaron 137 cuestionarios y los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS. Posteriormente, se realizó un sondeo en 20 trabajadores sobre los hechos que le producían malestar, dentro del Instituto Nacional de Oftalmología, que no fuera de tipo económico.

Los resultados a los que se llegó es que el 67.6 por ciento consideraban que la política administrativa es poco resaltante y tuvo mayor frecuencia en el sexo femenino, teniendo como causa principal la falta de comunicación oportuna y la mala orientación de los recursos humanos, por lo que se calificó al clima organizacional como inapropiado.

En cuanto el clima organizacional, más específicamente, se identificó que 64 de los 137 encuestados (46.7%)

consideraban con mayor importancia la seguridad que puedan sentir en su trabajo, es decir la estabilidad laboral, y esto depende del tipo de contrato que tengan y la categoría de su puesto, ya sean médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, administrativos, etc.; encontrando que los técnicos en enfermería eran los que más inestables se sentían laboralmente, además de que el sexo tiene gran influencia en esa percepción.

Por otro lado, 35 (25.5%) empleados afirmaron tener poca colaboración entre departamentos y 58 de los mismos (42.3 %) aseguran que la falta de colaboración entre ellos, es por el poco compañerismo que existe.

En el apartado de motivación, los empleados afirmaron que, aparte de una remuneración económica, lo que los une al INO es atender al paciente, el querer aprender más y que el INO les da la oportunidad de ser útiles para el trabajo.

Sin embargo, son los del departamento de enfermería lo que se sienten menos motivados, llegando a la conclusión de que son ellos los que, en general, se sienten menos satisfechos laboralmente de todo el hospital. El 34 % de los empleados afirman que no sienten que exista posibilidad de que sus ideas sean puestas en práctica.

Se llegó a la conclusión de que la cultura organizacional, que tienen en el INO, orienta los procesos administrativos y determina el clima organizacional.

Este estudio permite dar una idea de que es necesario tomar en cuenta otras variables externas a la organización, como podrían ser el sexo y la edad, además del tipo de contrato y función que desempeñan en la organización, variables que se integraron al presente estudio, ya que según Álvarez podría existir una relación entre los diferentes contextos del empleado, los internos y externos.

1.2.6 Clima organizacional en la administración pública federal. Secretaría de Salud. México 2001¹⁸.

La oficina de la presidencia para la Innovación Gubernamental aplicó un cuestionario con el fin de conocer el clima organizacional en las oficinas de la Administración Pública Federal (APF).

El objetivo fundamental, de este trabajo, era conocer los signos vitales de la organización (APF) para identificar qué impulsa u obstaculiza la productividad (servicios a la comunidad).

^d Con base en una escala de tres categorías: bueno, regular y malo.

Para llevar a cabo esta encuesta de clima organizacional, se aplicó un cuestionario con 87 preguntas, dividido en 15 dimensiones, en el cual el personal expresó su opinión sobre diversos aspectos del trabajo y de la Institución.

Las variables que se midieron fueron:

- Recompensas y reconocimientos
- Capacitación y desarrollo
- Innovación y calidad
- Calidad y orientación al cliente
- Genero y diversidad
- Comunicación
- Disponibilidad de recursos
- Calidad de vida laboral
- Trabajo en equipo
- Liderazgo
- Participación
- Identidad con la dependencia
- Valores
- Enfoque a resultados y productividad

Es significativo mencionar que este estudio no presenta los resultados obtenidos en la encuesta, sin embargo se menciona este trabajo debido a que se encuentran variables que si bien, no todas son las mismas, algunas de ellas corresponden a ciertas dimensiones que se miden en la presente investigación y que las sustenta.

1.2.7 Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños. Costa Rica 2004.¹⁹

La investigación es cuantitativa, deductiva, prospectiva y descriptiva. Se analizó si los factores del clima organizacional, (la comunicación, el liderazgo, la motivación y la reciprocidad) influían en la satisfacción laboral del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UNCIN) del Hospital Nacional de Niños (HNN), agosto del 2004.

En esta unidad hay un total de 44 trabajadores, de los cuales 36 salieron seleccionados en la muestra, aplicando ciertos criterios de exclusión, de donde se excluyeron 4 trabajadores por ser jefaturas y 4 por incapacidades y vacaciones.

Las características de la población fueron que un 47.33% estaba casado (a), un 33.33% soltero(a) y un 19.34% viudo(a) o divorciado(a). La distribución por grupos

etarios fue de 40 o más años un 42%, entre 30 y 39 un 33% y menor de 30 un 25%. El promedio fue 38 años, la edad mínima de 20 y la máxima de 50. Un 14% de auxiliares de enfermería poseen una carrera universitaria, un 88% concluyó la enseñanza secundaria y un 11% no. Un 27.25% de asistentes de pacientes tienen carrera universitaria (incompleta) (3 son egresados), un 25.25% terminaron la enseñanza secundaria, pero un 22.25% no, y un 25.25% terminó la enseñanza primaria. Un 50% de secretarías completó la enseñanza secundaria, y el 50% posee preparación universitaria. El 100% de enfermeras son graduadas universitarias (requisito legal).

En cuanto a las relaciones contractuales, se encontró que un 41.34% del personal tenía plaza en propiedad y 16 o más años de antigüedad, lo mismo que un 33.33% cuya rango de antigüedad estaba entre 11 y 15 años; para un 25.33% el empleo era interino y su rango de antigüedad entre 1 y 15 años.

Del conjunto de profesionales (supervisora, enfermeras coordinadoras y enfermeras generales) un 68% era casado (a), jefa de hogar, cuya edad osciló entre 25 y 44 años, la antigüedad entre 1 y 15 años y el contrato de trabajo en propiedad. Del total de empleados un 56% era auxiliar de enfermería y el 11% asistentes de pacientes. El 33% restante corresponde a profesionales de enfermería y a las secretarías.

Se midieron variables de comunicación, liderazgo, motivación, reciprocidad y satisfacción laboral. Los datos se obtuvieron a través de cuestionario, entrevista estructurada, lista de cotejo y triangulación, los datos se analizaron por medio de Microsoft Excel.

Los resultados a los que se llegó, fue que a la comunicación se definió como satisfactoria; pero se recomienda que sea breve, concisa y retroalimentada. El liderazgo, se calificó como satisfactorio; aunque a las jefaturas se les solicita mejorar el estímulo a la excelencia, el trabajo en equipo y la solución de conflictos. La motivación por el trabajo se describe como fuente de satisfacción y de realización; pero tanto las jefaturas del área, como las del Hospital, deben analizar lo concerniente a: incentivos, reconocimientos, motivación del desempeño, evaluación objetiva del desempeño y condiciones físicas del trabajo. La reciprocidad, se determinó como satisfactoria y se recomienda equidad en la asignación a cursos y ascensos.

Con todo esto, se llegó a la conclusión de que el clima organizacional en la UNCIN es definido como satisfactorio,

porque existen oportunidades de mejora.

1.2.8 Caracterización del clima organizacional del Policlínico Universitario "Cecilio Ruiz de Zarate" de la Provincia de Cienfuegos. 2006.²⁰

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con el objetivo de caracterizar el clima organizacional del policlínico universitario "Cecilio Ruiz de Zarate", de la Provincia de Cienfuegos, en el periodo comprendido de enero a julio del 2006. El universo estuvo constituido por la totalidad de trabajadores (381), que en el momento de realización del cuestionario estaban en el centro. Los trabajadores fueron estratificados por categorías ocupacionales: directivos, profesionales, técnicos de la salud y otros trabajadores. Se estudiaron cuatro dimensiones básicas: motivación, liderazgo, reciprocidad y participación.

Para la realización del presente estudio se tomó el modelo propuesto por el Programa Subregional para el Desarrollo de la Capacidad Gerencial en los Servicios de Salud de Centroamérica, propuesto por la OPS.

En los resultados de dicha investigación, la dimensión liderazgo se comportó de forma aceptable en sus cuatro categorías, ya que sus valores medios totales estuvieron entre los límites considerados como normales por este instrumento, lo que traduce que existe un equipo de dirección con un buen liderazgo a pesar de que hay grupos con variables afectadas, a los cuales debe dársele una atención especial por parte de los directivos.

La dimensión motivación se comportó de forma no aceptable, pues dos de sus categorías: responsabilidad (R) y adecuación de las condiciones de trabajo (ACT), obtuvieron calificación inferior a tres. La dimensión reciprocidad se comportó de forma aceptable, ya que sólo la categoría aplicación al trabajo (AT) obtuvo calificación inferior a tres. La dimensión participación se comportó de forma aceptable, sólo la categoría compromiso con la productividad (CP) obtuvo calificación inferior a tres.

En el grupo de dirigentes encuestados, todas las dimensiones estuvieron entre los límites considerados como aceptables. En los profesionales de la salud, tres dimensiones estuvieron por debajo de la puntuación media, siendo sus valores; motivación con 2.75, reciprocidad con 2.92 y participación con 2.96. Aunque la dimensión liderazgo estuvo entre los límites normales, está muy cerca del límite inferior, por lo que el valor

medio total de clima organizacional, en este grupo está por debajo del valor medio de la organización (2.92).

En el grupo de los técnicos de la salud, sólo estuvo afectada la dimensión motivación, con un valor medio de 2.92.

En el grupo de otros trabajadores, también tres dimensiones estuvieron por debajo de la puntuación media aceptable, siendo sus valores; motivación con 2.70, reciprocidad con 2.82 y liderazgo con 2.94. La dimensión participación está en el límite inferior, por lo que el valor medio total de clima organizacional, en éste grupo también está por debajo del valor medio (2.87).

El grupo de profesores, fue el que mostró los mayores valores promedios en todas las dimensiones, así como el valor medio total de clima organizacional que fue de 3.85, lo cual es fundamental para este tipo de institución formadora de recursos humanos, ya que un buen sentido de pertenencia y realización personal en el profesorado que se refleje en la enseñanza, el aprendizaje, la investigación, entre otros aspectos, debe repercutir sobre los estudiantes, hacia el logro de su formación integral. De las cuatro dimensiones estudiadas la más afectada es la motivación, ya que en 3 de los 5 grupos implicados en el estudio, su valor medio estuvo por debajo del límite inferior aceptable, por lo que el valor medio total de esta dimensión fue 2.87.

1.2.9 Percepción del clima organizacional por directores de policlínicos. Cuba, 2003.²¹

El objetivo de la investigación fue identificar la percepción de los directores de áreas de salud sobre el clima organizacional en sus instituciones.

Las variables que se midieron en dicho trabajo fueron las siguientes con 4 dimensiones cada una:

- Liderazgo: dirección (D), estímulo a la excelencia (EE), estímulo al trabajo en equipo (ETE), solución de conflictos (SC).
- Motivación: realización personal (RP), reconocimiento a la aportación (RA), responsabilidad (R), adecuación a las condiciones de trabajo (ACT).
- Reciprocidad: aplicación del trabajo (AT), cuidado de bienes de la institución (CBI), retribución (R), equidad (E).
- Participación: compromiso con la productividad (CP), compatibilización de intereses (CI), intercambio de la información (II), involucración en el cambio (IC).

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, en 11 provincias del país, para identificar la percepción de los directores de áreas de salud sobre el clima organizacional en sus instituciones.

En cuanto a los resultados, se pudo observar que el clima organizacional que perciben los directores de áreas de salud, en el lugar que se desempeñan no es satisfactorio; se encuentran como las dimensiones más afectadas la motivación con sus cuatro categorías y la reciprocidad con las categorías: aplicación al trabajo y retribución.

Los valores medidos de en la variable de liderazgo, encontrándose cercano a la cifra mínima aceptable entre 3.2 y 3.9, de las variables estudiadas, ésta es la de mejores resultados. En la dimensión liderazgo las puntuaciones medias más bajas con 3.2 las obtuvo la categoría dirección (D) y la solución de conflictos (SC). Dentro del elemento dirección, el ítem que más baja puntuación acumuló estuvo relacionado con la percepción de los directores en relación al hecho de que, por lo general, tienen muchas cosas que hacer y no saben por cuál empezar. Mientras, en la solución de conflictos, el componente que influyó en su baja puntuación fue la opinión de que cuando analizan un problema las posiciones que adoptan los demás compañeros no siempre son sinceras.

En la categoría estímulo al trabajo en equipo (ETE), los valores más altos están dados por la idea que tienen que para cumplir con el trabajo deben recurrir a todas sus capacidades y que cuando no saben hacer algo reciben ayuda. En este aspecto es muy importante tener en cuenta estos criterios, ya que ayuda a fortalecer el trabajo en equipo como una de las premisas fundamentales para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

En la motivación como segunda dimensión estudiada se valoraron las categorías: realización personal (RP), reconocimiento de la aportación (RA), responsabilidad (R) y adecuación de las condiciones de trabajo (ACT), lo que permitió evaluarla en valores inaceptables con cifras entre 2.9 y 1,3 por debajo del límite inferior medio aceptado.

La reciprocidad es otra de las dimensiones estudiadas, aquí se exploran las categorías: aplicación al trabajo (AT), cuidado del patrimonio institucional (CPI), retribución (R) y equidad (E). Las categorías con más bajos valores son: la aplicación al trabajo con un promedio de 2.4 y la retribución con 2.8 ambos inferiores al límite aceptado. En la categoría aplicación al trabajo (AT) se señalan

aspectos negativos como: no perciben que se realice esfuerzo para cumplir a cabalidad con sus obligaciones, no sienten motivación ante el trabajo y por tanto manifiestan que no les gusta hacerse cargo de los trabajos importantes, como puede apreciarse estas opiniones guardan relación con los aspectos ya analizados en la dimensión motivación. En esta dimensión; además se analiza, el comportamiento de la categoría retribución (R), aquí se plantea, que por lo general, las personas que trabajan bien no son premiadas con una mejor posición de la organización, esto quiere decir que no perciben que se les reconozca ni se realicen promoción por los buenos resultados ante el trabajo y exponen que no siempre se ofrecen buenas oportunidades de capacitación para el personal que dirige en el nivel primario de salud.

Por último se analizó la participación que conforma la cuarta dimensión del instrumento que se aplicó, dentro de esta dimensión se miden los siguientes elementos: compromiso con la productividad (CP), compatibilidad de intereses (CI), intercambio de información (II) e involucrarse en el cambio (IC). La categoría que se comportó con una puntuación promedio por debajo de lo establecido como normal es la que evalúa los aspectos relacionados con el compromiso de la productividad (CP) con 2.8. Dentro los aspectos que influyen en la baja puntuación de la categoría compromiso de la productividad, son de señalar, que los directores de áreas de salud manifiestan que los diferentes niveles jerárquicos de la organización no colaboran entre ellos y que no existe espíritu de trabajo en equipo, por lo que los problemas que surgen entre los grupos de trabajo no siempre se pueden resolver de manera óptima. Los restantes componentes, dentro de la dimensión, obtienen valores entre 3 y 3.5.

Se destaca, de forma positiva, lo que se expresó en el componente compatibilización de intereses (3.5), con relación a que los objetivos de los policlínicos son congruentes con los objetivos del municipio en materia de salud, este fue el ítem de mayor puntaje de la categoría.

En general, las dimensiones del clima organizacional medido en los directores de las áreas de salud en el país, el mejor comportamiento lo manifiesta la dimensión

liderazgo, seguido de la dimensión participación y reciprocidad y el peor resultado lo aporta la dimensión motivación, con todas sus categorías por debajo del punto mínimo aceptable.

1.3 Marco contextual

1.3.1 Origen y desarrollo del Hospital regional Dr. Luís F. Nachón

El hospital nace en 1820, como una casa que ofrece atención a mujeres, además de ser albergue y centro de asistencia eclesiástico atendido por monjas.

En el año de 1837 deja de ofrecer sus servicios a un solo público y abre sus puertas a pacientes que fueron infectados por un brote de tifoidea en la región.

En 1858, se convierte en hospital público debido a una intervención que, Don Miguel Lerdo de Tejada, hace con respecto a la reforma que nacionalizó los bienes eclesiásticos, esto bajo el gobierno estatal del Coronel Manuel Gutiérrez Zamora y es en 1862 que toma la nomenclatura de hospital civil.

En 1956, el Lic. Marco Antonio Muñoz, gobernador del estado de Veracruz, designa al hospital con el nombre que lo conocemos hasta la actualidad, "Dr. Luís F. Nachón", en honor de quien fuera director del hospital.

En el año de 1962, el hospital ofrecía los servicios de: consulta externa: medicina general, cardiología, medicina dental, enfermedades de la piel y alergias, oftalmología, otorrinolaringología, diatermia y metabolismo basal.

Los servicios de hospitalización: sala medicina hombres, sala medicina mujeres, sala de ortopedia, sala para cirugía hombres, sala cirugía mujeres, maternidad, cuartos para distinción, sala para detenidos o reos internos, dos salas de operación con todos sus servicios, departamento de rayos X, departamento de anatomía patológica, laboratorio y banco de sangre y otros como: farmacia, comedor, cocina, lavandería, biblioteca y auditorio para sesiones²².

El 7 de marzo de 1997, con fundamento en la Ley 54, se fusionan los Servicios Coordinados de Salud Pública y la Dirección General de Asistencia Pública, dando paso a la creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), que a partir de ese momento ha venido asumiendo progresivamente facultades, responsabilidades y control de la operación de los servicios

de salud en el estado y es como el hospital pasa a formar parte de las 53 unidades de segundo nivel de SESVER²³.

En el primer semestre del 2007, se llevó a cabo una reestructuración del nivel central de los SESVER, funcionando a partir de entonces con una estructura orgánica conformada por la Junta de Gobierno, la Dirección General de Servicios de Salud y seis direcciones de área, en donde se ubica la Dirección de Atención Médica, de la cual se desprende la Subdirección de Atención Hospitalaria, de la cual dependen los 53 hospitales del estado de Veracruz, entre ellos el Hospital "Dr. Luis F. Nachón"²³.

Los servicios que se otorgan, actualmente en el hospital, son de consulta externa, atención de urgencias, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y auxiliar de diagnóstico y tratamiento. De igual forma se cuenta con clínicas de atención a pacientes con VIH SIDA, asma, adolescentes, climaterio y menopausia, embarazo de alto riesgo y estimulación temprana, ofreciendo servicio de diálisis peritoneal ambulatoria, unidad de quemados, membranoterapia y unidad de terapia intensiva.

El hospital tiene una población de responsabilidad de 929,758, proveniente de 49 municipios del centro del estado de Veracruz y recibe población referida de las Jurisdicciones Sanitarias V Xalapa y IV Martínez de la Torre, recibiendo pacientes de estas zonas a través de la referencia de 9 hospitales de segundo nivel y 218 unidades de primer nivel.

El hospital tiene como población de responsabilidad a casi un millón de personas en el estado, compartiendo los pacientes referidos con cuatro hospitales de especialidad en la ciudad.

Con el fin de poder proporcionar los servicios, la unidad hospitalaria cuenta con una plantilla aproximada de 1053 trabajadores, sin embargo esta se encuentra integrada por personal adscrito a los SESVER, así como personal becario y en servicio social, por otro lado, en la plantilla oficial se encuentran puestos vacantes, además de personal que comisionado, por lo que el personal queda dividido de la siguiente manera según turno:

Tabla 1. Total de personal en plantilla por turno. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009

Turno	Total personal
Matutino	342
Vespertino	157

Nocturno	161
Jornada acumulada	106
Suplentes	114
Total	880

Fuente: elaboración propia a partir de plantilla de personal

La institución cuenta con una estructura organizacional dependiente de una Dirección General y dos Subdirecciones (ver anexo 1):

- Médica: esta subdirección tiene a su cargo todos los servicios médicos, tanto del área privada como de la institucional, y los departamentos paramédicos como trabajo social y nutrición, entre otros.
- Administrativa: subdirección que tiene a su cargo los departamentos de recursos humanos, financieros y materiales, así como los de informática, mantenimiento, adquisiciones y servicios generales, esto tanto para el área institucional como la privada.

Actualmente, el hospital se encuentra bajo un proceso de cambio que inicia en febrero del año 2008, por lo que se solicita a los directivos la creación de una Coordinación de Desarrollo Hospitalario (CDH), esto con el fin de implementar un Modelo de Gestión de Calidad, como parte de un programa de Desarrollo Organizacional³.

Si bien el hospital no cuenta con un estudio de clima organizacional, si se había efectuado una investigación, realizado por área de desarrollo humano de las oficinas centrales de SESVER, la cual no se llevo a cabo con una metodología adecuada, sin embargo, si puedo ofrecer una idea general de la situación del hospital sobre sus principales situaciones, por los que atravesaba el potencial humano, donde se encontraron como principales problemas, manifestados por los jefes de servicio, la actitud de sus subordinados, comunicación, trabajo en equipo, ausentismo, irresponsabilidad, falta de compromiso, motivación, indisciplina, falta de honradez, impuntualidad e indiferencia al trabajo, siendo los primeros dos los que se presentaron con mayor generalidad.

1.3.2 Filosofía institucional³

Misión: somos un hospital de segundo nivel, que brinda atención especializada con calidad, a la población que lo requiera y, en especial, a la de menor recurso económico, formando y desarrollando recursos humanos

para la salud.

Visión: ser un hospital certificado que proporciones seguridad a sus usuarios, con una cultura organizacional de clase mundial; formador de recursos humanos para la salud, reconocidos a nivel nacional, con sentido humano y ética, que brinden una atención médica de excelencia; a través de la generación y transmisión de conocimientos.

Valores: Actitud de servicio, alto sentido humano, compromiso social, comportamiento ético, excelencia, innovación continua, trabajo en equipo y sentido de pertenencia y lealtad por parte de los trabajadores.

1.3.3 Objetivo general de la institución

Como parte del Sistema Estatal de Salud, brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último.

1.3.4 Objetivos específicos de la institución

1. Cubrir al 100% los requisitos del Sistema Integral para la Calidad de los servicios de salud en la atención brindada a los usuarios.
2. Inducir y sensibilizar al puesto al 100% del personal.
3. Lograr el sentido de pertenencia del personal, mediante la motivación y el reconocimiento de logros que contribuyan al desarrollo del hospital.
4. Ampliar o actualizar los conocimientos del personal y favorecer su desarrollo humano.
5. Difundir y operar programas prioritarios de salud y académicos, dentro y fuera de la institución, como parte del Sistema Estatal de Salud.
6. Participar en la formación de recursos humanos para la salud.

1.3.5 Políticas del Hospital "Dr. Luís F. Nachón"

1. En el Hospital "Dr. Luís F. Nachón", los pacientes y sus familiares son lo más importante para todos los trabajadores.
2. El hospital reconoce a su personal como el recurso más valioso de la organización, fomentando su desarrollo y crecimiento profesional, así como su satisfacción en el trabajo.
3. Para los trabajadores es obligatorio llevar a cabo sus actividades aplicando el código de ética, garantizando

el trato humano y profesional a cada paciente.

4. En el hospital se participa activamente en la formación y desarrollo de los recursos humanos para la salud.
5. En el hospital se apoya e impulsa la participación y el desarrollo de líneas de investigación, clínica y sociomédica, para la generación del conocimiento
6. Se eficientiza el uso de los recursos humanos y materiales disponibles, manteniendo la calidad de atención al paciente
7. El personal de salud debe realizar todas sus actividades para resolver la problemática de los usuarios de manera efectiva y eficaz.
8. Los trabajadores deben conocer, tener conciencia y cumplir: el reglamento, la filosofía institucional, los objetivos y las políticas del hospital y de SESVER.
9. Los integrantes del cuerpo clínico del hospital deben contar con la certificación vigente por el consejo o colegio correspondiente.
10. Sin excepción alguna, todos los trabajadores del hospital deben portar el gafete de identificación oficial y el uniforme de acuerdo al área.
11. Se hacen las gestiones necesarias para contar con el recurso humano calificado y el equipamiento tecnológico de punta.
12. Consolidarnos como hospital de referencia local y regional del Sistema Estatal de Salud, contribuyendo a resolver la problemática de salud de la población.
13. El hospital mantendrá y desarrollará su capacidad resolutoria en áreas con experiencias exitosas, tales como:
 - Patologías cardiovasculares
 - Tratamiento ambulatorio de insuficiencia renal crónica
 - Detección y manejo del embarazo de alto riesgo
 - Tratamiento y control de enfermedades crónico-degenerativas
 - Manejo integral del recién nacido hasta su adolescencia
14. Mantener y establecer alianzas y convenios necesarios, gestionando la utilización de los rendimientos del área privada, para coadyuvar a lograr la suficiencia económica, manteniendo la uniformidad en la calidad de la atención.
15. El hospital atiende con calidad a toda la población que demanda servicio, con énfasis en la de menor recurso económico.

En este sentido, existe una política dirigida a la calidad en la que se comprometen a implementar, aplicar y

mejorar sistemas médicos, técnicos y administrativos, para el cumplimiento de los objetivos en las áreas de asistencia, enseñanza e investigación, basada en la atención efectiva y trato digno a pacientes y familiares, lo que permite tener un Modelo de Gestión de Calidad que proyecte al hospital a un nivel de clase mundial.

Donde, la dirección general se compromete a poner a disposición del Sistema de Gestión de Calidad los recursos necesarios para su cumplimiento, fomentar, en todos los trabajadores, la idea de que cada uno de ellos es responsable de dar calidad en su puesto de trabajo, que todo el personal conozca, cumpla y mantenga lo que establece el Sistema de Gestión de Calidad, establecer objetivos coherentes con esta política, por parte de las distintas jefaturas y tomar como referente el Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, centrado en el usuario y basado en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales.

De este apartado se puede rescatar el hecho de que, dentro de los objetivos y políticas de la organización, se dan las herramientas necesarias, de manera implícita, para favorecer un buen clima organizacional, ya que desde su objetivo general plantea la satisfacción no solo del usuario sino que también del prestador de servicio y el fortalecimiento del sentido de pertenencia de éste. El objetivo específico No. 3, de igual manera, fomenta el sentido de pertenencia, a través de la motivación y el reconocimiento de sus logros.

Por otro lado, las políticas del hospital, específicamente la política dos, refiere la necesidad de reconocer al trabajador como el más valioso de los recursos.

Con este apartado se concluye el capítulo I, de marco referencial. En anexo 2 se puede consultar un glosario de términos recopilados a lo largo del capítulo que permite y facilita la conceptualización de éstos y su relación con el clima organizacional.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las organizaciones se dan cuando un grupo de personas se unen para que, mediante la cooperación, puedan alcanzar objetivos en común.⁸

Tratar de entender el impacto que los individuos, los grupos y la estructura tienen sobre el comportamiento dentro de la organización, permite mejorar la eficacia de ésta y el alcance de dichos objetivos⁶.

Este comportamiento se da debido a que, en la organización, existen ciertos determinantes como son los hábitos, creencias, valores y tradiciones, típicos de cada organización, conocidos como cultura organizacional⁷.

Es importante analizar todos aquellos factores que intervienen en dicho comportamiento, para poder así corregir ciertos errores que impidan alcanzar los objetivos, de la organización, exitosamente.

Las instituciones de salud no son la excepción, como organización tienen la necesidad de alcanzar objetivos que les permitan ofrecer servicios de salud con calidad y seguridad, no solo a sus clientes externos sino también a sus clientes internos, es decir, a sus empleados, ya que el hecho de que los trabajadores de dichas organizaciones se sientan satisfechos con lo que hacen, motivados, recompensados y parte importante para el logro de los objetivos, permitirá que se desempeñen de manera óptima y permita alcanzar dichos objetivos de manera eficiente.

En este sentido, se hace referencia a un tema que, en los últimos años, ha venido tomando gran importancia en las instituciones públicas y es el estudio del clima organizacional, el cual permite conocer las percepciones que el trabajador tiene de las características de la organización, que influyen en las actitudes y comportamiento de los empleados; siendo esto de gran importancia, ya que un buen o mal clima organizacional influirá en la motivación y satisfacción en el trabajo, contribuyendo al logro o fracaso en el alcance de los objetivos institucionales.

En la ciudad de Xalapa, capital del estado de Veracruz, se encuentra ubicado uno de las principales instituciones de salud de la entidad, el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón"; el cual cuenta con una plantilla de 1,053 trabajadores dividida en cuatro categorías: personal médico, paramédico, enfermería y administrativo; teniendo como población de responsabilidad a casi un millón de personas en el estado, compartiendo los pacientes referidos, de gran cantidad de unidades de primer nivel de atención y 9 hospitales del estado, con cuatro hospitales de la ciudad, encontrándose en la actualidad en un proceso de cambio que permita asegurar la calidad en la prestación de sus servicios, para lo que se crea una Coordinación de Desarrollo Hospitalario, cuya función está encaminada a la implementación del Modelo de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud, como parte de un Programa de Desarrollo Organizacional.

Dicha institución tiene, como objetivo principal, brindar servicios de salud de calidad, formar y desarrollar recursos humanos para la salud, buscando alcanzar la satisfacción del usuario y del personal del hospital, así como el sentido de pertenencia de este último.

En la búsqueda por la mejora de los servicios de salud, la OPS implementa un programa sub-regional de desarrollo de la capacidad gerencial de los sistemas de salud, para conformar un modelo de análisis y de desarrollo organizacional que se ajuste específicamente a las unidades de salud. El clima organizacional es uno de los cuatro grandes apartados para este análisis.

Los 1,053 trabajadores y 146 años de historia hacen de la institución un hospital con características muy particulares, que han determinado la cultura del hospital, reflejando esto en el clima de la organización.

El hospital no cuenta con estudios, con validez metodológica, que permita conocer cual es la situación actual del hospital en cuanto a los diferentes factores y percepciones de los trabajadores, que influyen en las actitudes y comportamiento de ellos, incluyendo en esto la satisfacción del personal de salud y su sentido de pertenencia, concepto que se encuentra claramente en el objetivo general de la organización.

En este sentido, se plantea la necesidad de diagnosticar las dimensiones del clima organizacional, a través del instrumento propuesto por la OPS, que prevalecen en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, con el fin de identificar los aspectos que podrían estar afectando el desempeño de los empleados y con ello obstaculizando el alcance de los objetivos.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las dimensiones del clima organizacional que prevalecen en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, en el 2009?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Diagnosticar las dimensiones del clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón", de la Ciudad de Xalapa, Veracruz, en el 2009.

3.2 Objetivos específicos

1. Conocer el nivel de motivación que tienen los trabajadores del hospital, desde la perspectiva de los trabajadores.
2. Identificar el nivel de liderazgo que prevalece en el hospital.
3. Conocer el nivel de reciprocidad entre los prestadores de servicios de salud y el hospital.
4. Conocer el nivel de participación que prevalece en los prestadores de servicios de salud en el hospital.
5. Elaborar un análisis que permita identificar las diferencias en la percepción del clima organizacional entre los distintos subgrupos de estudio (turnos y tipo de personal).
6. Proponer alternativas de solución para mejorar el clima organizacional o mantenerlo, según sea el caso.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma

La investigación se encuentra inmersa en un paradigma positivista, ya que se partió de teorías previamente seleccionadas, por lo que los hechos se observaron de una forma esperada, ya que es información que ha sido comprobada y se espera que ocurra de la misma manera; además, se analizó la información a través de programas estadísticos.

Se trató de detallar las cosas tal como ocurren sin buscarle una explicación que implique el involucramiento de valores por parte del investigador.

Las variables del clima organizacional se pudieron medir a través de su cuantificación y operacionalización.

Este trabajo tuvo como objetivo explicar un fenómeno, característico de este enfoque, además de que como investigador me mantuve al margen y libre de valores, por lo que no interviendré de ninguna manera en los sujetos, es decir que no se trató de interpretar su punto de vista e ir más allá de ello. Los resultados se obtuvieron a través de un cuestionario y se analizaron con programas estadísticos y como herramienta la estadística descriptiva e inferencial.

4.2 Tipo de estudio

Existen diferentes clasificaciones para definir los tipos de estudios cuantitativos, dependiendo del autor que se seleccione. Hernández E.²⁴ presenta una clasificación donde divide el tipo de estudio según: análisis y alcance

de los objetivos, tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, periodo y secuencia del estudio, comparación de poblaciones y la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza.

El tipo de estudio que se aplicó para la elaboración del diagnóstico del clima organizacional, en el hospital "Dr. Luis F. Nachón", se ubicó dentro de la clasificación mencionada, como un estudio, por el análisis y alcance de los objetivos, de tipo descriptivo, ya que buscó especificar las propiedades de un grupo, en este caso las dimensiones del clima organizacional que propone la OPS, las cuales fueron: motivación, liderazgo, participación y reciprocidad, a través de su medición.

Según el periodo y secuencia del estudio, fue transversal, ya que a través de un solo instrumento se obtuvo la información necesaria para el análisis de la medición de las variables, además, de que se aplicó en una sola ocasión, en un solo momento a los sujetos de estudio (personal del hospital), es decir que se hizo un corte en el tiempo.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio fue de tipo observacional, ya que solo se describió el fenómeno, sin intervenir o manipular las variables que determinan el proceso, esto debido a que el clima organizacional es un fenómeno complejo, que se da de manera natural en cualquier organización, sin la necesidad de intervenir para que este se desarrolle.

Por lo antes mencionado, este apartado se resume a definir que el tipo de estudio de esta investigación fue descriptivo, transversal y observacional.

4.3 Universo de estudio

El universo de estudio para la presente investigación, se compuso de los 880 trabajadores del hospital "Dr. Luis F. Nachón", así como de las 38 unidades organizativas^e que lo forman, siendo éstas las unidades de análisis (ver anexo 1).

Debido a la complejidad de las organizaciones de salud de segundo nivel de atención, así como del estudio y análisis del clima organizacional, se realizó un censo, entendiendo por este a la recopilación de datos de una población entera; en este sentido, los datos se

^e Las unidades organizativas del hospital son aquellas áreas administrativas en las que está estructurado el hospital orgánicamente.

recolectaron a través de la totalidad de los empleados y áreas de la organización, lo que permitió un mejor y mayor análisis de la información, al poder abarcar diferentes agrupaciones como lo pueden ser categorías de personal, departamentos, turnos, funciones, etc.

La ubicación espacial de los sujetos de estudio fue muy precisa, ya que se encontraron siempre ubicados en sus áreas de trabajo dentro del hospital, además de que existió la facilidad de poder obtener información sobre el personal y su ubicación, así como días de descanso o vacaciones, con el fin de identificar en que momento se podían localizar o no en la institución.

4.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Todo el personal del Hospital "Dr. Luís F. Nachón" de base, contrato y suplente que tenga más de un año de laborar en él y acepte participar en la investigación.

Exclusión:

- Personal que tenga menos de un año de laborar en la organización.
- Personal que se encuentre de vacaciones en el período de aplicación del instrumento.
- Personal que se encuentre fuera de la institución en el momento de la aplicación, en un área determinada, por permiso o comisión.
- Personal becario.

4.4 Variables

A continuación se definen operacionalmente las variables que se midieron para poder explicar el clima organizacional del hospital^f.

Son cuatro variables, las cuales a su vez se dividen en 4 dimensiones cada una, para las que, según el instrumento que propone la OPS, se destinan cinco afirmaciones en las que se responden falso (f) o verdadero (v), otorgando valores de 1 y 0 a las respuestas a favor o en contra de un clima organizacional satisfactorio respectivamente.

- Liderazgo
 - Dirección

- Estimulo de la excelencia
- Estimulo del trabajo en equipo
- Solución de conflictos
- Motivación
 - Realización personal
 - Reconocimiento de la aportación
 - Responsabilidad
 - Adecuación de las condiciones de trabajo
- Reciprocidad
 - Aplicación del trabajo
 - Cuidado del patrimonio institucional
 - Retribución
 - Equidad
- Participación
 - Compromiso por la productividad
 - Compatibilidad de intereses
 - Intercambio de información
 - Involucramiento en el cambio

Los siguientes cuadros presentan una explicación, más específica, de cómo se midieron las diferentes variables.

Tabla 2. Operacionalización de la variable motivación. Clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver.

^f Las definiciones conceptuales se encuentran en el apartado teórico del trabajo

2009

Definición conceptual y operacional	Indicador	Dimensiones	Definición operacional	Indicador			
<p>Conjunto de reacciones y actitudes naturales, propias de las personas, que se manifiestan cuando determinados estímulos del medio se hacen presentes.</p> <p>Se entenderá por motivación satisfactoria o de nivel alto cuando se obtenga una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando de obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y un nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtenga una calificación menor o igual a 2.5 en el apartado de motivación del cuestionario de clima organizacional</p>	Promedio de los resultados obtenidos en las 4 dimensiones de la motivación	Realización Personal	Se entenderá por realización personal de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtenga una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de realización personal de la variable motivación	Sumatoria de los resultados de los ítems			
				No. ítem	Valor		
					V	F	
				3	1	0	
				18	1	0	
		37	0	1			
		49	1	0			
		74	1	0			
		Reconocimiento de la aportación	Se entenderá por reconocimiento de la aportación de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 4 a 5 en la dimensión de reconocimiento de la aportación, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtenga una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de reconocimiento de la aportación de la variable motivación	Sumatoria de los resultados de los ítems			
					No. ítem	Valor	
						V	F
					19	1	0
					32	1	0
		40	0	1			
		56	1	0			
		69	1	0			
Responsabilidad	Se entenderá por responsabilidad de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de responsabilidad de la variable motivación	Sumatoria de los resultados de los ítems					
			No. ítems	Valor			
				V	F		
			4	1	0		
			20	0	1		
43	1	0					
57	0	1					
75	1	0					
Adecuación de las condiciones de trabajo	Se entiende por adecuación de las condiciones de trabajo de nivel alto (satisfactorio): cuando se obtiene una calificación de 4 a 5 nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de adecuación de las condiciones de trabajo	Sumatoria de los resultados de los ítems					
			No. ítems	Valor			
				V	F		
			5	0	1		
			21	1	0		
41	0	1					
59	1	0					
65	1	0					

Tabla 3. Operacionalización de la variable liderazgo. Clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009.

Definición conceptual y operacional	Indicador	Dimensiones	Definición operacional	Indicador																				
<p>Influencia que ejerce un individuo en el comportamiento de otras personas en la búsqueda, eficiente y eficaz, de objetivos previamente determinados, por medio de la habilidad de orientar y convencer a otras para ejecutar, con entusiasmo, las actividades asignadas.</p> <p>Se entenderá por liderazgo de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en el apartado de liderazgo del cuestionario de clima organizacional</p>	<p>Promedio de los resultados obtenidos en las 4 dimensiones de la variable liderazgo</p>	Dirección	<p>Se entiende por dirección de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de dirección de la variable liderazgo</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. ítem</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>33</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>51</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>67</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	No. ítem	Valor		V	F	1	1	0	14	0	1	33	0	1	51	0	1	67	1	0
				No. ítem		Valor																		
					V	F																		
				1	1	0																		
				14	0	1																		
				33	0	1																		
		51	0	1																				
		67	1	0																				
		Estimulo de excelencia	<p>Se entiende por estímulo de la excelencia de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de estímulo de la excelencia de la variable liderazgo</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. ítem</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>34</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>52</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>70</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	No. ítem	Valor		V	F	15	1	0	30	1	0	34	1	0	52	0	1	70	0	1
				No. ítem		Valor																		
					V	F																		
				15	1	0																		
30	1			0																				
34	1			0																				
52	0	1																						
70	0	1																						
Estimulo de trabajo en equipo	<p>Se entiende por estímulo de trabajo en equipo de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de estímulo de trabajo en equipo de la variable liderazgo</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. ítems</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>35</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>73</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	No. ítems	Valor		V	F	2	1	0	17	1	0	35	0	1	50	0	1	73	0	1		
		No. ítems		Valor																				
			V	F																				
		2	1	0																				
		17	1	0																				
35	0	1																						
50	0	1																						
73	0	1																						
Solución de conflictos	<p>Se entiende por solución de conflictos de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de solución de conflictos de la variable liderazgo</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. ítems</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>36</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>68</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	No. ítems	Valor		V	F	16	1	0	31	0	1	36	0	1	55	0	1	68	0	1		
		No. ítems		Valor																				
			V	F																				
		16	1	0																				
		31	0	1																				
36	0	1																						
55	0	1																						
68	0	1																						

Tabla 4. Operacionalización de la variable Participación. Clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009

Definición conceptual y operacional	Indicador	Definición operacional		Indicador		
<p>Contribución de los diferentes individuos y grupos formales e informales, en el logro de objetivos.</p> <p>Se entiende por participación de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en el apartado de participación del cuestionario de clima organizacional</p>	Promedio de los resultados obtenidos en las 4 dimensiones de la variable participación	Compromiso por la productividad	Se entiende por participación de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de compromiso por la productividad de la variable participación	Sumatoria de los resultados de los ítems		
				No. ítem	Valor	
					V	F
				10	0	1
				26	1	0
		46	0	1		
		61	1	0		
		77	0	1		
		Compatibilidad de intereses	Se entiende por compatibilidad de intereses de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de compatibilidad de intereses de la variable participación	Sumatoria de los resultados de los ítems		
				No. ítem	Valor	
					V	F
				11	1	0
				27	0	1
		47	0	1		
		62	1	0		
		78	0	1		
Intercambio de información	Se entiende por intercambio de información de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de intercambio de información de la variable participación	Sumatoria de los resultados de los ítems				
		No. ítems	Valor			
			V	F		
		12	0	1		
		28	0	1		
48	0	1				
63	0	1				
79	0	1				
Involucramiento en el cambio	Se entiende por involucramiento de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de involucramiento en el cambio de la variable participación	Sumatoria de los resultados de los ítems				
		No. ítems	Valor			
			V	F		
		13	0	1		
		29	0	1		
38	0	1				
64	0	1				
80	0	1				

Tabla 5. Operacionalización de la variable reciprocidad. Clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009

Definición conceptual y operacional	Indicador	Dimensiones	Definición operacional	Indicador																				
<p>Relación de dar y recibir, mutuamente, entre el individuo y la organización.</p> <p>Se entiende por reciprocidad de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en el apartado de reciprocidad del cuestionario de clima organizacional</p>	<p>Promedio de los resultados obtenidos en las 4 dimensiones de la variable reciprocidad</p>	<p>Aplicación al trabajo</p>	<p>Se entiende por aplicación al trabajo de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de Aplicación al trabajo de la variable reciprocidad</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. ítem</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>58</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>71</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	No. ítem	Valor		V	F	6	1	0	22	1	0	42	0	1	58	1	0	71	1	0
				No. ítem		Valor																		
					V	F																		
				6	1	0																		
				22	1	0																		
				42	0	1																		
		58	1	0																				
		71	1	0																				
		<p>Cuidado del patrimonio institucional</p>	<p>Se entiende por cuidado del patrimonio institucional de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtiene una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (No satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de Cuidado del patrimonio institucional de la variable reciprocidad</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. ítem</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>72</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	No. ítem	Valor		V	F	7	0	1	23	1	0	44	1	0	60	1	0	72	0	1
				No. ítem		Valor																		
					V	F																		
				7	0	1																		
23	1			0																				
44	1			0																				
60	1	0																						
72	0	1																						
<p>Retribución</p>	<p>Se entiende por retribución de nivel alto (satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 4 a 5, nivel medio (poco satisfactorio) cuando se obtenga una calificación de 2.6 a 3.9 y nivel bajo (no satisfactorio) cuando se obtiene una calificación menor o igual a 2.5 en la dimensión de retribución de la variable reciprocidad</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. Ítems</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>39</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>54</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>66</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	No. Ítems	Valor		V	F	8	1	0	24	1	0	39	1	0	54	1	0	66	1	0		
		No. Ítems		Valor																				
			V	F																				
		8	1	0																				
		24	1	0																				
		39	1	0																				
54	1	0																						
66	1	0																						
<p>Equidad</p>	<p>Nivel alto (satisfactorio): obtener una calificación de 4 a 5 en la dimensión de equidad de la variable reciprocidad Nivel medio (poco satisfactorio): obtener una calificación de 2.6 a 3.9 en la dimensión de equidad de la variable reciprocidad y nivel bajo (No satisfactorio): obtener una calificación menor a 2.5 en la dimensión de equidad de la variable reciprocidad</p>	<p>Sumatoria de los resultados de los ítems</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No. Ítems</th> <th colspan="2">Valor</th> </tr> <tr> <th>V</th> <th>F</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>53</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>76</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	No. Ítems	Valor		V	F	9	0	1	25	0	1	45	0	1	53	0	1	76	1	0		
		No. Ítems		Valor																				
			V	F																				
		9	0	1																				
		25	0	1																				
45	0	1																						
53	0	1																						
76	1	0																						

4.5 Técnica de obtención de datos

De acuerdo con Rojas, en su guía para realizar investigaciones sociales, el tipo de información que se recabó en el trabajo de campo debió estar plenamente justificada en los objetivos de la investigación, esto con el fin de que la información realmente nos fuera a ser de utilidad para el análisis del problema abarcando todas sus dimensiones, por lo que en capítulos anteriores se pudo observar la identificación específica del problema, así como la determinación de las variables que podrían dar respuesta a éste.²⁵

Con el fin de resolver la pregunta de investigación se siguió un procedimiento que permitió recolectar la información necesaria sobre nuestro objeto de estudio, a éste se le llama técnica de recopilación de información o técnica de obtención de datos.²⁶

Para lograr recolectar la información de manera adecuada, en esta investigación, se elaboró un plan que condujo a la recopilación de dicha información y es, en este apartado que se aborda de manera detallada las fuentes de donde se obtuvo la información, su localización y a través de que método o medio.

4.6 Instrumento análisis del clima organizacional

El análisis del clima organizacional se realizó a través de lo que se denomina una prueba proyectiva, la cual ayuda a obtener mediciones psicológicas que proyecten sus necesidades, motivos, opiniones o características de la personalidad, proporcionando al investigador las percepciones individuales y grupales²⁷ que los trabajadores tienen sobre la organización, que inciden en las motivaciones y el comportamiento de las personas; en este estudio, la fuente de información fueron los 880 trabajadores del hospital.

El instrumento está elaborado con base en 80 afirmaciones distribuidas aleatoriamente, el cual fue aplicado de forma confidencial, donde los trabajadores emitieron juicios que, a su modo de percibir la realidad, caracterizan a la organización.

Este es un instrumento que elaboró la OPS en su Programa Regional de Desarrollo de Servicios de Salud y publicado en el documento de Teoría y Desarrollo Organizacional, el que, como ya se había mencionado en un capítulo anterior, propone un sistema de análisis organizacional que abarca al ambiente, estructura, funcionamiento y clima organizacional.

La OPS ofrece el instrumento con una serie de componentes:

- Guía para identificar perfiles reales del clima organizacional a partir de afirmaciones comunes.
- Instructivo para la aplicación del instrumento.
- Cuadernillo para hacer la prueba proyectiva con 80 afirmaciones comunes.
- Hoja de respuesta
- Plantilla para la calificación de hoja de respuestas.
- Hoja de conteo de respuestas.
- Relación del conjunto de las 80 reflexiones del instrumento, para su interpretación.
- Hoja de representación gráfica de las variables del clima organizacional.

Si bien el documento propone las 80 afirmaciones posibles para el instrumento, en un apartado ofrece una extensa variedad de éstas, con el fin de poder reemplazarlas de acuerdo a las necesidades de la institución.

Es importante mencionar que en el caso específico de esta investigación, si se reemplazaron algunas de las afirmaciones, no solo por otra diferente que se adecuara mejor a las características de la organización, sino que algunas se modificaron, sólo en su redacción, con el fin de poderla hacer entendible a todo el personal.⁹

Este instrumento se elaboró a través de dicha guía práctica de afirmaciones, de las cuales se seleccionaron cinco por cada una de las dimensiones de las cuatro variables, 80 reflexiones en total, ya con las pertinentes adecuaciones, sin perder de vista el tipo de prueba proyectiva que se propuso.

El instrumento es un cuestionario estructurado, el cual fue auto aplicado, es decir, que ellos fueron quienes llenaron por sí mismos el cuestionario; este conjuga ítems relacionados con las variables que se midieron y cuenta, como ya se había mencionado antes, con preguntas cerradas las cuales contiene dos opciones de respuesta (dicotómicas), falso y verdadero.

Las preguntas tienen una pre codificación, debido a que esto facilitaría el análisis estadístico, donde se asignan valores de cero y uno, dependiendo del número de ítem, quedando distribuidas de la siguiente manera:

⁹ Es importante recordar que fue un censo, donde se aplicó la encuesta en todas las áreas del hospital y en todos sus niveles, desde un directivo hasta personal operativo.

Tabla 6. Distribución aleatoria de ítems de la variable liderazgo en sus cuatro dimensiones, valor de la respuesta y total de ítems por cada uno.

Variables	Dimensiones	No. ítem		Total		
		V	F			
Liderazgo	Dirección	1	1	0	5	
		14	0	1		
		33	0	1		
		51	0	1		
		67	1	0		
	Estimulo de la excelencia	15	1	0	5	
		30	1	0		
		34	1	0		
		52	0	1		
		70	0	1		
	Estimulo trabajo en equipo	2	1	0	5	
		17	1	0		
		35	0	1		
		50	0	1		
	Solución de conflictos	73	0	1	5	
		16	1	0		
		31	0	1		
		36	0	1		
	Total		55	0	1	20
			68	0	1	

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento de análisis del clima organizacional propuesto por la OPS.

Tabla 7. Distribución aleatoria de ítems de la variable motivación en sus cuatro dimensiones, valor de la respuesta y total de ítems por cada uno.

Variables	Dimensiones	No. ítem		Total		
		V	F			
Motivación	Realización personal	3	1	0	5	
		18	1	0		
		37	0	1		
		49	1	0		
		74	1	0		
	Reconocimiento de la aportación	19	1	0	5	
		32	1	0		
		40	0	1		
		56	1	0		
		69	1	0		
	Responsabilidad	4	1	0	5	
		20	0	1		
		43	1	0		
		57	0	1		
	Adecuación de las condiciones de trabajo	75	1	0	5	
		5	0	1		
		21	1	0		
		41	0	1		
	Total		59	1	0	20
			65	1	0	

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento de análisis del clima organizacional propuesto por la OPS.

Tabla 8. Distribución aleatoria de ítems de la variable reciprocidad en sus cuatro dimensiones, valor de la respuesta y total de ítems por cada uno.

Variables	Dimensiones	No. ítem		Total	
		V	F		
Reciprocidad	Aplicación al trabajo	6	1	0	5
		22	1	0	
		42	0	1	
		58	1	0	
		71	1	0	
	Cuidado del patrimonio institucional	7	0	1	5
		23	1	0	
		44	1	0	
		60	1	0	
		72	0	1	
	Retribución	8	1	0	5
		24	1	0	
		39	1	0	
		54	1	0	
		66	1	0	
	Equidad	9	0	1	5
		25	0	1	
		45	0	1	
		53	0	1	
		76	1	0	
Total				20	

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento de análisis del clima organizacional propuesto por la OPS.

Tabla 9. Distribución aleatoria de ítems de la variable participación en sus cuatro dimensiones, valor de la respuesta y total de ítems por cada uno.

Variables	Dimensiones	No. ítem		Total	
		V	F		
Participación	Compromiso por la productividad	10	0	1	5
		26	1	0	
		46	0	1	
		61	1	0	
		77	0	1	
	Compatibilización de intereses	11	1	0	5
		27	0	1	
		47	0	1	
		62	1	0	
		78	0	1	
	Estímulo trabajo en equipo	12	0	1	5
		28	0	1	
		48	0	1	
		63	0	1	
		79	0	1	
	Solución de conflictos	13	0	1	5
		29	0	1	
		38	0	1	
		64	0	1	
		80	0	1	

Fuente: elaboración propia a partir del instrumento de análisis del clima organizacional propuesto por la OPS.

El instrumento de investigación esta estructurado de la siguiente manera (ver anexo 3):

- Parte superior aparece el escudo y nombre de la Universidad Veracruzana, nombre y escudo del Instituto de Salud Pública; nombre de la maestría, así como el título del instrumento.
- Explicación como aplicar el instrumento, así como las instrucciones de llenado.
- Ficha de identificación del entrevistado
- 80 afirmaciones con opciones de respuesta de falso y verdadero.

Para recolectar la información se realizó un cronograma de actividades, donde se delimitó bien el tiempo que tomo la recolección de la información por área organizativa, priorizando aquellas donde se encuentre la mayor concentración de personal.

Para ello se contó con la información necesaria, la plantilla de personal, donde se describe la función, categoría, turno y horario, lo que permitió identificar, en que momento y en que lugar se podía localizar al personal, además de que con ella fue más fácil identificar, junto con el número de folio, a quien se le estaba entregando cada cuestionario.

Si bien, las autoridades correspondientes conocían de la estancia de los alumnos del Instituto de Salud Pública dentro de la organización, fue necesario dar aviso con anterioridad al periodo de recolección de información, el cual se realizó segundo trimestre del año 2009, con el fin de tener acceso a todas las áreas del hospital para encuestar a todas las personas que otorgaron la información necesaria para la investigación, tomando en cuenta que existen áreas restringidas como la unidad de quemados o neonatos, en ese caso fue necesario identificar a la persona en otro momento, fuera de dicha área.

4.7 Confiabilidad y validez

Un instrumento de medición es, según Hernández, un recurso utilizado por los investigadores con el fin de registrar la información obtenida sobre las variables²⁸. Según este autor, toda investigación cuantitativa se debe auxiliar de este tipo de herramientas para poder medir las variables de interés; para que esta medición sea correcta y se acerque más a la realidad, debe ser efectiva, cumpliendo ciertos requisitos:

- Confiabilidad: este término hace referencia a que cada vez que el instrumento se aplique al mismo sujeto, este debe arrojar resultados similares; ofreciendo así resultados coherentes y consistentes.
- Validez: grado en el que el instrumento realmente mida la variable que desea medir. Esta característica se dimensiona en:
 - contenido: hace referencia a todo aquello que se incluye en el instrumento y que debe abarcar todo lo necesario para medir las variables, sin dejar nada fuera; que den respuesta a la pregunta, es decir que sea muy específico en su contenido.
 - criterio: se compara con algún criterio externo que mida lo mismo.
 - constructo: explica el modelo teórico empírico que sustenta la variable de interés, este proceso se vincula con la teoría, demostrando que los conceptos que se van a medir están relacionados.

Se pretendía que el estudio de clima organizacional, que se realizó en el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón", tuviera una fortaleza metodológica que permitiera ofrecer resultados que sean de utilidad para la institución, con el fin de mejorar la calidad de vida de sus trabajadores, por lo que parte importante de esta fortaleza se debe de observar en el instrumento de medición, el cual se pretendía contara con las características de validez y confiabilidad.

En este sentido se realizó una prueba piloto, la cual constó de la aplicación del instrumento a una muestra pequeña, que compartía características con la población objeto de estudio, en una institución que tuviera las mismas características, por lo que se realizó en el Centro de Especialidades Médicas de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" (CEMEV), ya que al igual que el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" es una unidad de segundo nivel de atención que pertenece a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVR), ubicado en la ciudad de Xalapa y el cual cuenta con una estructura orgánica igual de compleja como en la que se realizó el estudio; por lo que se solicitó autorización con las autoridades correspondientes para poder acceder a un área de la institución y llevar a cabo la prueba.

Debido a que la investigación se realizó a través de un censo, ya que se aplicó a todo el personal del hospital, en todos sus niveles, turnos, horarios, etc., se buscó que en la prueba piloto el instrumento se pudiera aplicar en un área donde se reuniera al mismo tipo de personal, desde

administrativos, médicos, enfermeros, paramédico, etc. Según Hernández²⁸, en su libro metodología de la investigación, aconseja que cuando la muestra es mayor a 300, la prueba piloto se lleve a cabo entre 30 y 60 personas, como en este caso la muestra superaba esa cantidad se realizó el número de encuestas necesarias para cubrir el total de personas de un área que no bajará ni superará esa cantidad.

Esta prueba se realizó con el fin de analizar si las instrucciones son claras, si los ítems funcionan de manera adecuada, evaluando lenguaje y redacción, además de que los resultados obtenidos ayuden a determinar la confiabilidad y validez del instrumento.

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se hizo, en términos de la congruencia interna, a través de la técnica de división por mitades, la cual consistió en dividir los reactivos del instrumento en dos grupos, obteniendo de manera independiente los puntajes para cada grupo y calcular el coeficiente de correlación²⁷.

Debido a que el instrumento cuenta con un total de 80 reactivos, estos se dividieron en dos grupos de cuarenta, poniendo en el grupo uno a los números nones y en el grupo dos a los números pares, para ser comparados. La estimación de la congruencia interna, de la cédula de análisis del clima organizacional, correspondió al cálculo del coeficiente de correlación que describió la relación entre los dos grupos de reactivos, el coeficiente de confiabilidad fue alto, ya que los reactivos de un grupo midieron los mismos atributos que el otro grupo.

Coeficiente de correlación .8756

Debido a que el coeficiente de correlación solo fue estimado para un instrumento de 40 ítems, fue necesario aplicar una fórmula que permitió ajustar el coeficiente para toda la prueba, es decir los 80 reactivos, dicha fórmula es conocida como predicción Spearman-Brown:

$$r^1 = \frac{2r}{1+r}$$

Donde:

r = coeficiente de correlación calculado en las mitades de las pruebas

r¹ = Confiabilidad estimada de toda la prueba

$$r^1 = \frac{2(.8756)}{1+.8756} = .9337$$

Según Polit²⁷, el cálculo del coeficiente de correlación debe arrojar un resultado que exprese que las preguntas nones midan el mismo atributo que las preguntas pares, si esto sucede el coeficiente será alto; mientras más alto sea el coeficiente, más estable será la medición, en este caso los coeficientes superiores a .70 pueden considerarse satisfactorios, por lo que se puede observar que el instrumento de medición que se utilizó en el diagnóstico del clima organizacional en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón" es confiable, ya que obtuvo un valor de .9337.

Para que el instrumento fuera válido, se sometió a criterio de expertos, con el fin de que analizaran los ítems, determinando las dimensiones de cada variable representaba adecuadamente y en las proporciones correctas el contenido del instrumento.

4.8 Procesamiento y análisis de la información

El primer paso que se utiliza en el procesamiento y análisis de los datos, es la codificación, como ya se pudo ver en la operacionalización de las variables, los valores que se le asignaron a cada ítem varían entre 1 y 0, dependiendo de la afirmación.

Una vez codificados los datos, fue más fácil el análisis de estos, a través de un programa informático, además de que fue más sencillo por la gran cantidad de información que se analizó.

Para ello se realizó una base de datos en el programa Statiscal Package for the Social Sciences 17(SPSS), ya que es un programa que contiene todas las pruebas estadísticas que se utilizan para un análisis.

Lo primero que se realizó, fue un análisis descriptivo, donde se obtuvieron los promedios por cada uno de los 80 ítems, los cuales resultaron de dividir el resultado de la suma de los valores obtenidos en sus respuestas entre el número de encuestados; posteriormente, se sumaron los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones, para poder categorizarlas en tres niveles satisfactorio (alto), poco satisfactorio (medio) y no satisfactorio (bajo), como se precisó en la operacionalización de las variables;

y los resultados de cada dimensión se promediaron para obtener la categoría de la variable.

Posteriormente, los resultados se presentaron en tablas y gráficas de barras, ya que son variables categóricas, las cuales se elaboraron para cada una de las variables y sus dimensiones; dichas gráficas muestran el resultado general del hospital, así como de cada uno de los diferentes grupos que la componen, como lo son los turnos y tipo de personal.

Con el fin de poder ofrecer información más detallada, se realizaron técnicas estadísticas que permitieron un mejor análisis de información y, con ello, elementos objetivos para una mejor toma de decisiones.

Para ello, se realizó un análisis univariado y de variables categóricas, donde intervienen más de 3 grupos (médicos, enfermeros, paramédicos, administrativos; turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada), para lo cual se aplicó una prueba estadística de X^2 de homogeneidad, en los casos que resultaron estadísticamente significativos se realizaron pruebas t para diferencia de proporciones, tomando como nivel de confiabilidad 95%.

Es frecuente el análisis de situaciones en las que, de antemano, las poblaciones son conocidas como diferentes, pero el interés radica en tomar una decisión acerca de si el comportamiento de éstas es homogéneo, respecto de alguna característica.

La prueba estadística de X^2 de homogeneidad se emplea cuando se tienen clases de datos con respecto a las proporciones de los casos que caen en diferentes categorías, para ello se elaboraron tablas de contingencia, con el fin de probar el significado de diferentes proporciones. La X^2 de homogeneidad se calculó al comparar dos conjuntos de frecuencias que, en el caso de esta investigación, fueron aquellos que corresponden a una cualidad satisfactoria o no satisfactoria en las diferentes variables y sus respectivas dimensiones. Si bien, el análisis general del clima organizacional considera tres categorías, para el ejercicio de esta prueba fue necesario convertirla en categoría dicotómica, donde la categoría de poco satisfactoria fue agregada a la categoría de no satisfactorio.

Para este análisis fue necesario elaborar tablas de contingencia donde, en la parte superior, se colocaron las categorías y, en la parte lateral izquierda, los diferentes grupos, como podrían ser, el personal según

turnos y tipo de personal; una vez hecho eso, se sacaron las proporciones, es importante mencionar que era necesario que las celdas quedaran llenas con una frecuencia igual o mayor a 5 para que la prueba arroje resultados confiables, en esta investigación siempre se encontraron esas frecuencias, debido al gran tamaño del universo de estudio.

Esta prueba se calculó resumiendo las diferencias entre las frecuencias observadas y esperadas para cada celda. Fue necesario comparar esta prueba estadística con el valor de la distribución teórica de X^2 y para ello existe una tabla de valores de X^2 para diversos grados de libertad y niveles de significancia, las cuales ofrecieron la información que permitió identificar si existía dicha diferencia estadísticamente significativa en el comportamiento de los grupos.

Como se había mencionado anteriormente, si la prueba resultaba estadísticamente significativa se realizaría una prueba t de Student para diferencia de proporciones, situación que ocurrió en el caso del análisis por tipo de personal.

La prueba t de Student, es una prueba estadística que sirvió para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa. La comparación se realiza únicamente sobre una variable, en el caso de esta investigación donde existe más de una, entonces la prueba se realizó para cada una de las variables (contando sus dimensiones).

A continuación se presentan los resultados descriptivos y los obtenidos con dichas pruebas.

general por departamentos de la subdirección administrativa

Tabla 10. Promedio de las variables en el diagnóstico de clima organizacional en los departamentos de la subdirección administrativa. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Unidades administrativas	Liderazgo		Reciprocidad		Participación		Motivación		Promedio de clima organizacional	
	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría
Recursos humanos	3	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Recursos financieros	2.9	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Recursos materiales	2.6	Poco satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Sistemas informáticos	3.8	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.8	Poco satisfactorio	3.8	Poco satisfactorio	3.6	Poco satisfactorio
Conservación y mantenimiento	2.6	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Adquisiciones	2.4	No satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Servicios generales	2.8	Poco satisfactorio	1.8	No satisfactorio	0.8	No satisfactorio	1	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio
Promedio	2.9	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio

Fuente: Elaboración propia partir de los resultados obtenidos en la aplicación de cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

La tabla 10, muestra los valores obtenidos en las diferentes variables que miden el clima organizacional en los departamentos de la subdirección administrativa; se puede observar que ninguno de los departamentos obtuvieron un puntaje satisfactorio; sin embargo, los departamentos de adquisiciones, recursos humanos y sistemas informáticos obtuvieron calificaciones poco satisfactorios, mientras que los departamentos de recursos financieros, recursos materiales, conservación y mantenimiento y servicios generales tienen una calificación no satisfactoria, siendo este último el que tiene la puntuación más baja (1.0). Se puede observar que la variable con mejor puntuación fue la de liderazgo con una calificación poco satisfactoria 2.9, mientras que la variable de participación tiene el menor valor (2.2), ubicándose en una categoría no satisfactoria. En general, el clima organizacional de dichos departamentos es no satisfactorio.

A continuación se presenta el análisis de clima organizacional para las unidades administrativas que pertenecen a la subdirección médica.

5.8 Subdirección médica

5.8.1 Liderazgo

Tabla 11. Promedio y categorización de liderazgo y dimensiones. Clima organizacional en unidades administrativas de subdirección médica. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Unidades administrativas	Dirección		Estímulo de la excelencia		Estímulo de trabajo en equipo		Solución de conflictos		Promedio liderazgo	
	Valor	Categorización	Valor	Categorización	Valor	Categorización	Valor	Categorización	Valor	Categorización
Subdirección médica	4.5	Satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	3.6	Poco satisfactorio	3.8	Poco satisfactorio
Urgencias	2.5	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	1.3	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio
Consulta externa	3.3	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio
Cirugía general	3.0	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Pediatría	2.9	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio
CAPASITS	3.2	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio
Ginecología y obstetricia	3.1	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Medicina interna	2.3	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Anestesiología	3.1	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio
Epidemiología	3.0	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Coordinación médica del área privada	4.0	Poco satisfactorio	3.7	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio
Enfermería	2.6	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Laboratorio	3.7	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio
Imagenología	1.9	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	1.3	No satisfactorio	1.5	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio
Medicina transfusional	4.0	Satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio
Anatomía patológica	3.5	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio	3.6	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio
Trabajo social	2.7	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Nutrición	3.3	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio
Promedio	3.5	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

La tabla 11 muestra los resultados obtenidos en la variable liderazgo y sus dimensiones, donde se puede observar que la unidad administrativa con mejor calificación fue la subdirección médica (asistentes de la dirección) con un valor de 3.8 (poco satisfactorio), mientras que el servicio de imagenología fue el peor calificado, ya que obtuvo un promedio de 1.8 (no satisfactorio). Se puede observar que la dimensión que mejor evaluada salió fue la de dirección, la cual tiene una calificación poco satisfactoria (3.5) mientras que la dimensión peor evaluada fue la de solución de conflictos con una calificación de 2.5 (no satisfactorio). La calificación general de la variable liderazgo fue de 2.9 (poco satisfactorio).

La tabla 12 muestra los resultados obtenidos en la variable de reciprocidad y sus dimensiones, donde se puede observar que las unidades administrativas con mejor calificación fueron la subdirección médica, coordinación médica del área privada y el servicio de anatomía patológica, con un valor de 3.1 (poco satisfactorio), mientras que el servicio de imagenología fue el peor calificado, ya que obtuvo un promedio de 1.6 (no satisfactorio). Se puede observar que la dimensión que mejor evaluada salió fue la de cuidado del patrimonio institucional, la cual tiene una calificación poco satisfactoria (3.1) mientras que la dimensión peor evaluada fue la de equidad con una calificación de 2.1 (no satisfactorio). La calificación general de la variable reciprocidad fue de 2.5 (no satisfactorio).

5.8.2 Reciprocidad

Tabla 12. Promedio y categorización de reciprocidad y sus dimensiones. Clima organizacional en unidades administrativas de la subdirección médica. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Unidades administrativas	Aplicación al trabajo		Cuidado del patrimonio inst.		Retribución		Equidad		Promedio reciprocidad	
	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría
Subdirección médica	3.4	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio
Urgencias	2.2	No satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	0.8	No satisfactorio	1.2	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio
Consulta externa	2.7	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	1.1	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Cirugía general	3.2	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	1.2	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Pediatría	2.6	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	1.5	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
CAPASITS	3.7	Poco satisfactorio	3.6	Poco satisfactorio	0.6	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Ginecología y obstetricia	2.7	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	1.1	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio
Medicina interna	3.1	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	1.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Anestesiología	3.6	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	1.2	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Epidemiología	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	0.7	No satisfactorio	1.3	No satisfactorio	1.7	No satisfactorio
Coordinación médica del área privada	3.7	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	3	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio
Enfermería	2.8	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	1.4	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Laboratorio	4.3	Satisfactorio	3.9	Poco satisfactorio	1.4	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio
Imagenología	2.2	No satisfactorio	2.7	No satisfactorio	0.6	No satisfactorio	0.8	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio
Medicina transfusional	3.8	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	1.6	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio
Anatomía patológica	3.8	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	3	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio
Trabajo social	3.2	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	1.1	No satisfactorio	1.5	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Nutrición	3	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Promedio	2.8	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

5.8.3 Participación

Tabla 13. Resultado y categorización de participación y sus dimensiones. Clima organizacional en unidades administrativas de la subdirección médica. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Unidades administrativas	Compromiso por la productividad		Compatibilidad de intereses		Intercambio de información		Involucramiento en el cambio		Promedio participación	
	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría
Subdirección médica	3.5	Poco satisfactorio	4.3	Satisfactorio	4.0	Satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.7	Poco satisfactorio
Urgencias	1.6	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	1.7	No satisfactorio	1.3	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio
Consulta externa	2.3	No satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Cirugía general	2.2	No satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Pediatría	2.5	No satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
CAPASITS	1.9	No satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	1.7	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio
Ginecología y obstetricia	1.9	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio
Medicina interna	2.7	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Anestesiología	2.8	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.1	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Epidemiología	2	No satisfactorio	3	Poco satisfactorio	2	No satisfactorio	2	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Coordinación médica del área privada	3.3	Poco satisfactorio	3.7	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	3	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio
Enfermería	1.9	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio
Laboratorio	2.9	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio
Imagenología	1.1	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio	0.7	No satisfactorio	0.8	No satisfactorio	1.1	No satisfactorio
Medicina transfusional	2.7	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio
Anatomía patológica	3.4	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	3.7	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio
Trabajo social	2.4	No satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	1.8	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Nutrición	2.4	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Promedio	2.6	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

La tabla 12 muestra los resultados obtenidos en la variable participación y sus dimensiones, donde se puede observar que la unidad administrativa con mejor calificación fue la subdirección médica con un valor de 3.7 (poco satisfactorio), mientras que el servicio de imagenología fue el peor calificado, ya que obtuvo un promedio de 1.1 (no satisfactorio). Se puede observar que la dimensión que mejor evaluada salió fue la de compatibilidad de intereses, la cual tiene una calificación poco satisfactoria (3.5), mientras que la dimensión peor evaluada fue la de involucramiento en el cambio con una calificación de 2.2 (no satisfactorio). La calificación general de la variable participación fue de 2.8 (poco satisfactorio).

La tabla 13 muestra los resultados obtenidos en la variable de motivación y sus dimensiones, donde se puede observar que la unidades administrativas con mejor calificación fueron la subdirección administrativa, el servicio de anestesiología, la coordinación médica del área privada y el servicio de medicina transfusional, con un valor de 3.0 (poco satisfactorio), mientras que el servicio de imagenología fue el peor calificado, ya que obtuvo un promedio de 1.8 (no satisfactorio). Se puede observar que la dimensión que mejor evaluada salió fue la de realización personal, la cual tiene una calificación poco satisfactoria (3.3) mientras que la dimensión peor evaluada fue la de responsabilidad con una calificación de 2.2 (poco satisfactorio). La calificación general de la variable motivación fue de 2.6 (poco satisfactorio).

5.8.4 Motivación

Tabla 14. Promedio y categorización de motivación y sus dimensiones. Diagnóstico de clima organizacional en unidades administrativas de la subdirección médica. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Unidades administrativas	Realización personal		Reconocimiento de la aportación		Responsabilidad		Adec. De las condiciones de trabajo		Promedio motivación	
	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría
Subdirección médica	3.4	Poco satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	2.0	No satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio
Urgencias	3.2	Poco satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	1.4	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Consulta externa	3.2	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Cirugía general	3.1	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio
Pediatría	3.5	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio
CAPASITS	3.2	Poco satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Ginecología y obstetricia	3.2	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Medicina interna	3.2	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Anestesiología	3.9	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio
Epidemiología	3.7	Poco satisfactorio	2.0	No satisfactorio	1.3	No satisfactorio	1.7	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Coordinación médica del área privada	3.8	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	3.5	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio
Enfermería	3.0	Poco satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Laboratorio	3.4	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	3.7	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio
Imagenología	1.8	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	1.2	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio
Medicina transfusional	3.9	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio
Anatomía patológica	3.5	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio
Trabajo social	3.2	Poco satisfactorio	1.9	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Nutrición	2.9	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Promedio	3.3	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón".

5.8.5 Clima organizacional general de la subdirección médica

Tabla 15. Promedio y categorización de variables. Diagnóstico de clima organizacional. Unidades admvas. de subdirección médica. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Unidades administrativas	Liderazgo		Reciprocidad		Participación		Motivación		Promedio clima organizacional	
	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría	Valor	Categoría
Subdirección médica	3.6	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.7	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio
Servicio de urgencias	2.1	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio
Coordinación consulta externa	2.9	Poco satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Servicio de cirugía general	2.6	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Servicio de pediatría	2.9	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
CAPASITS	2.8	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.1	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio
Servicio de ginecología y obstetricia	2.5	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Servicio de medicina interna	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio
Servicio de anestesiología	2.9	Poco satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio
Departamento de epidemiología	2.6	Poco satisfactorio	1.7	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio
Coordinación médica del área privada	3.5	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio
Servicio de enfermería	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.0	No satisfactorio	2.4	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Servicio de laboratorio	3.3	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio
Servicio de imagenología	1.8	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio	1.1	No satisfactorio	1.8	No satisfactorio	1.6	No satisfactorio
Servicio de medicina transfusional	3.3	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	2.9	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio	3.0	Poco satisfactorio
Servicio de anatomía patológica	3.4	Poco satisfactorio	3.1	Poco satisfactorio	3.4	Poco satisfactorio	3.2	Poco satisfactorio	3.3	Poco satisfactorio
Departamento de trabajo social	2.5	No satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio	2.3	No satisfactorio
Departamento de nutrición	2.8	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.2	No satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio
Promedio	2.9	Poco satisfactorio	2.5	No satisfactorio	2.8	Poco satisfactorio	2.6	Poco satisfactorio	2.7	Poco satisfactorio

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

La tabla 15, muestra los valores obtenidos en las diferentes variables que miden el clima organizacional, en las unidades administrativas de la subdirección médica; se puede observar que ninguno de los departamentos obtuvieron un puntaje que categorice al clima como satisfactorio; sin embargo, la unidad administrativa que obtuvo el puntaje más alto fue la subdirección médica, la cual tiene un promedio de 3.4 (poco satisfactorio), mientras que el servicio de imagenología es el peor evaluado con una calificación de 1.6 (no satisfactorio). Se puede observar que la variable con mejor puntuación fue la de liderazgo con una calificación poco satisfactoria (2.9), mientras que la variable de reciprocidad tiene el menor valor (2.5), ubicándose en una categoría no satisfactoria. En general el clima organizacional de dichas unidades administrativas es poco satisfactorio (2.7).

Como ya se había mencionado en el capítulo de metodología, con el fin de realizar un análisis más detallado del comportamiento de los grupos con respecto al clima organizacional que prevalece en el hospital, se utilizaron técnicas estadísticas que permitirían ver si la diferencia de los resultados, entre los diferentes grupos de estudio, son o no estadísticamente significativos, para lo que se utilizó la prueba estadística X^2 , donde se toma como nivel de confiabilidad el 95%, por lo que si el valor de "p", es igual o mayor a 0.05 se dice que los grupos no tienen una diferencia significativa, sin embargo, si el valor de "p" es menor a .05, entonces la diferencia si es estadísticamente significativa.

Una vez obtenido el valor de "p", y si este resultaba significativo, entonces se procedió a realizar una prueba t para diferencia de proporciones, con el fin de identificar que grupos y en que variables y dimensiones eran diferentes.

5.9 Prueba X^2 de homogeneidad

Esta prueba se aplicó a los grupos de estudio, donde se analizaba el clima organizacional por turno y tipo de personal, se elaboraron tablas que permitieron obtener las frecuencias y proporciones del personal o del turno que tenía un clima organizacional satisfactorio o no satisfactorio. Es importante recordar que las frecuencias en un principio se tenían concentradas en tres categorías: no satisfactorio, poco satisfactorio y satisfactorio.

Con el fin de realizar dichas pruebas, donde únicamente se necesitaban frecuencias satisfactorias o no satisfactorias, se sumaron aquellas que eran poco satisfactorias a las no satisfactorias.

A continuación se presentan los resultados obtenidos, donde se puede observar la frecuencia y porcentaje de personal satisfecho y no satisfecho en general, por variable y dimensión, tanto en grupos de estudio que incluyen los diferentes turnos^h, como tipo de personal.

5.9.1 Análisis por turno

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje general por turno sobre satisfacción o insatisfacción. Diagnóstico del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Turnos	Satisfacción		No satisfacción		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Matutino	32	11%	268	89%	300	100%
Vespertino	8	7%	104	93%	112	100%
Nocturno A	7	11%	56	89%	63	100%
Nocturno B	3	6%	44	94%	47	100%
J/A diurna	6	8%	74	93%	80	100%
J/A nocturna	2	18%	9	82%	11	100%
Total	58	91%	555	9%	613	100%

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luís F. Nachón".

^h En el caso de análisis por turnos la prueba de X^2 de homogeneidad no presentó valores significativos, es decir, p no obtuvo valores menores a .05, por lo que no se aplicó la prueba t para diferencia de proporciones.

En general, el clima organizacional en el hospital no es satisfactorio, ya que como se puede observar en la tabla 16, únicamente el nueve por ciento del total del personalⁱ se inclinan a percibir un clima satisfactorio, mientras que el otro 91 por ciento perciben un clima no satisfactorio.5.9.1.1 Análisis general por variable

Tabla 17. Personal satisfecho y no satisfecho por turno en variables del clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Variables Turnos	Liderazgo				Participación				Reciprocidad				Motivación			
	S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Matutino (n=300)(n=100%)	70	23%	230	77%	51	17%	249	83%	36	12%	249	83%	32	11%	268	89%
Vespertino (n=112)(n=100%)	14	13%	98	87%	14	13%	98	88%	8	7%	98	88%	8	7%	104	93%
Nocturno A (n=63)(n=100)	13	21%	50	79%	11	17%	52	83%	7	11%	52	83%	6	10%	57	90%
	B (n=47)(n=100)	4	9%	43	91%	4	9%	43	91%	1	2%	43	91%	2	4%	45
Jornada acumulada Diurna (n=80)(n=100%)	13	16%	67	84%	15	19%	65	81%	6	8%	65	81%	8	10%	72	90%
	Nocturna (n=11)(n=100%)	2	18%	9	82%	2	18%	9	82%	1	9%	9	82%	2	18%	9
TOTAL (N=613)(N=100%)	116	19%	497	81%	97	16%	516	84%	59	10%	516	84%	58	9%	555	91%
Probabilidad ⁺	.0591				.5764				.2732				.5929			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativo)

* Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

En la tabla anterior se puede observar que todo el personal, en los diferentes turnos, califica, con mayor proporción, de manera no satisfactoria las diferentes variables del clima organizacional.

Una vez identificado que las diferentes variables del CO, presentan un porcentaje no satisfactorio, se presenta a continuación una serie de tablas que permiten identificar en que dimensión de cada variable se tuvieron porcentajes satisfactorios a del clima organizacional.

Las tablas 18, 19, 20 y 21 muestran valores de "p" no significativos, por lo que las diferencias entre los turnos no son; sin embargo, si se puede observar como el personal en todas las dimensiones, de las diferentes variables, sus calificaciones se inclinan hacia un clima organizacional no satisfactorio, por lo que se puede afirmar que, en proporción, todo el personal, por turno, esta igual de insatisfecho.

ⁱ Sin contar personal suplente

5.9.1.2 Liderazgo

Tabla 18. Personal satisfecho y no satisfecho por turno en dimensiones de liderazgo. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Variables		Dirección				Estímulo de la excelencia				Estímulo de trabajo en equipo				Solución de conflictos			
		S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Turnos																	
Matutino (n=300)(n=100%)		143	48%	157	52%	99	33%	201	67%	78	26%	222	74%	100	33%	200	67%
Vespertino (n=112)(n=100%)		46	41%	66	59%	34	30%	78	70%	26	23%	86	77%	26	23%	86	77%
Nocturno	A (n=63)(n=100)	27	43%	36	57%	17	27%	46	73%	17	27%	46	73%	22	35%	41	65%
	B (n=47)(n=100)	16	34%	31	66%	14	30%	33	70%	8	17%	39	83%	7	15%	40	85%
Jornada acumulada	Diurna (n=80)(n=100%)	30	38%	50	63%	21	26%	59	74%	17	21%	63	79%	21	26%	59	74%
	Nocturna (n=11)(n=100%)	5	45%	6	55%	4	36%	7	64%	3	27%	8	73%	4	36%	7	64%
Total (N=613)(N=100%)		267	44%	346	56%	189	31%	424	69%	149	24%	464	76%	180	29%	433	71%
Probabilidad*		.3808				.8379				.7613				.0590			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativo).

*Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

5.9.1.3. Reciprocidad

Tabla 19. Personal satisfecho y no satisfecho por turno en dimensiones de reciprocidad. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones		Aplicación al trabajo				Cuidado del patrimonio institucional				Retribución				Equidad			
		S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Turnos																	
Matutino (n=300)(n=100%)		139	46%	161	54%	143	48%	157	52%	38	13%	262	87%	70	23%	230	77%
Vespertino (n=112)(n=100%)		53	47%	59	53%	48	43%	64	57%	9	8%	103	92%	14	13%	98	88%
Nocturno	A (n=63)(n=100)	24	38%	39	62%	28	44%	35	56%	6	10%	57	90%	13	21%	50	79%
	B (n=47)(n=100)	13	28%	34	72%	19	40%	28	60%	3	6%	44	94%	5	11%	42	89%
Jornada acumulada	Diurna (n=80)(n=100%)	31	39%	49	61%	33	41%	47	59%	6	8%	74	93%	12	15%	68	85%
	Nocturna (n=11)(n=100%)	4	36%	7	64%	4	36%	7	64%	3	27%	8	73%	2	18%	9	82%
Total (N=613)(N=100%)		264	43%	349	57%	275	45%	338	55%	65	11%	548	89%	116	19%	497	81%
Probabilidad*		.1493				.8124				.2115				.0797			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativo).

*Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

5.9.1.4 Motivación

Tabla 20. Personal satisfecho y no satisfecho por turno en dimensiones de motivación. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Turnos		Realización personal				Reconocimiento de la aportación				Responsabilidad				Adecuación de las condiciones de trabajo			
		S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Matutino (n=300)(n=100%)		134	45%	166	55%	66	22%	234	78%	24	8%	276	92%	97	32%	203	68%
Vespertino (n=112)(n=100%)		49	44%	63	56%	19	17%	93	83%	8	7%	104	93%	30	27%	82	73%
Nocturno	A (n=63)(n=100)	28	44%	35	56%	11	17%	52	83%	8	13%	55	87%	19	30%	44	70%
	B (n=47)(n=100)	20	43%	27	57%	6	13%	41	87%	4	9%	43	91%	10	21%	37	79%
Jornada acumulada	Diurna (n=80)(n=100%)	28	35%	52	65%	12	15%	68	85%	12	15%	68	85%	24	30%	56	70%
	Nocturna (n=11)(n=100%)	6	35%	5	65%	2	18%	9	82%	0	0%	11	100%	3	27%	8	73%
Total (N=613)(N=100%)		265	43%	348	57%	116	19%	497	81%	56	9%	557	91%	183	30%	430	70%
Probabilidad ⁺		.6858				.5228				.2685				.6885			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativo).

*Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

5.9.1.5 Participación

Tabla 21. Personal satisfecho y no satisfecho por turno en dimensiones de participación. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones		Compromiso por la productividad				Compatibilidad de intereses				Intercambio de información				Involucramiento en el cambio			
		S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Matutino (n=300)(n=100%)		85	28%	215	72%	107	36%	193	64%	72	24%	228	76%	67	22%	233	78%
Vespertino (n=112)(n=100%)		34	21%	88	79%	34	30%	78	70%	26	23%	86	77%	22	20%	90	80%
Nocturno	A (n=63)(n=100)	14	22%	49	78%	21	33%	42	67%	18	29%	45	71%	15	24%	48	76%
	B (n=47)(n=100)	8	17%	39	83%	12	26%	35	74%	10	21%	37	79%	7	15%	40	85%
Jornada acumulada	Diurna (n=80)(n=100%)	24	30%	56	70%	24	30%	56	70%	21	26%	59	74%	14	18%	66	82%
	Nocturna (n=11)(n=100%)	4	36%	7	64%	4	36%	7	64%	2	18%	9	82%	2	18%	9	82%
Total (N=613)(N=100%)		159	26%	454	74%	202	33%	411	67%	149	24%	464	76%	127	21%	486	79%
Probabilidad*		.1493				.8124				.2115				.0797			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativo).

*Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

5.9.2 Análisis general por tipo de personal

Tabla 22. Personal satisfecho y no satisfecho por tipo de personal en las variables de clima organizacional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones	Liderazgo				Participación				Reciprocidad				Motivación			
	S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Administrativo (n=226)(n=100)	46	20%	180	80%	31	14%	195	86%	20	9	206	91%	17	8%	209	92%
Enfermería (n=200)(n=100)	26	13%	174	87%	23	12%	177	89%	10	5	190	95%	12	6%	188	94%
Médico (n=130)(n=100)	28	22%	102	78%	20	15%	110	85%	14	11	116	89%	20	15%	110	85%
Paramédico (n=171)(n=100)	39	23%	132	77%	34	20%	137	80%	21	12	150	88%	19	11%	152	89%
Total (N=727)(n=100)	139	19%	588	81%	108	15%	619	85%	65	9	662	91%	68	9%	659	91%
Probabilidad*	.007				.014				.008				.02			

Fuente: Clima organizacional en Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativo) $X^2 < .05$ (significativo).

* Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

En esta tabla 22 se puede observar que todo el personal, califica, con mayor proporción, de manera no satisfactoria las diferentes variables del clima organizacional.

Esta tabla muestra valores de "p", en los que los grupos de estudio muestran cierta diferencia estadísticamente significativa. Los resultados de la prueba t para diferencia de proporciones (ver anexo 5) afirman que el personal de enfermería es el que se comporta de manera diferente, es decir es el grupo de estudio que menos respuestas a favor de un clima organizacional en esta variable proporcionó.

Una vez identificado que, las diferentes variables del CO, presentan un porcentaje no satisfactorio, se presenta una serie de tablas que permiten identificar en que dimensión de cada variable se tuvieron porcentajes satisfactorios del clima organizacional.

5.9.2.1 Liderazgo

Tabla 23. Personal satisfecho y no satisfecho por turno en dimensiones de liderazgo. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Tipo de personal	Dirección				Estimulo de la excelencia				Estimulo de trabajo en equipo				Solución de conflicto			
	S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Administrativo (n=226)(n=100)	118	52%	108	48%	78	35%	148	65%	61	27%	165	73%	74	33%	152	67%
Enfermería (n=200)(n=100)	67	34%	133	67%	49	25%	151	75%	33	17%	167	84%	46	23%	154	77%
Médico (n=130)(n=100)	59	45%	71	55%	38	29%	92	71%	37	28%	93	72%	43	33%	87	67%
Paramédico (n=171)(n=100)	85	50%	86	50%	68	40%	103	60%	45	26%	126	74%	49	29%	122	71%
Total (N=727)(n=100)	329	45%	398	55%	233	32%	494	68%	176	24%	551	76%	212	29%	215	71%
Probabilidad*	0.001				.001				.003				0.11			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativa)

* Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

En esta tabla se puede observar que el personal muestra ciertas diferencias significativas ya que en tres de las dimensiones se obtuvieron valores menores a 0.05 por lo que se aplicó la prueba t para diferencia de proporciones, cuyos resultados se presentan, mas adelante (ver anexo 5).

5.9.2.2. Participación

Tabla 24. Personal satisfecho y no satisfecho por tipo de personal en dimensiones de participación. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Tipo de personal	Compromiso por la productividad				Compatibilidad de intereses				Intercambio de información				Involucramiento en el cambio			
	S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Administrativo (n=226)(n=100)	65	29%	161	71%	61	27%	165	73	46	20	180	80%	52	23%	174	77%
Enfermería (n=200)(n=100)	36	18%	164	82%	53	27%	147	73	45	23	155	77%	34	17%	166	83%
Médico (n=130)(n=100)	37	28%	93	72%	53	41%	77	59	35	27	95	73%	17	13%	113	87%
Paramédico (n=171)(n=100)	47	27%	124	73%	62	36%	109	64	43	25	128	75%	40	23%	131	77%
Tota (N=727)(n=100)	185	25%	542	75%	229	31%	498	69	169	23	558	77%	143	20%	584	80%
Probabilidad*	.04				0.01				.048				.06			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativa)

* Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

En cuanto a la variable de participación se observa que los diferentes grupos se comportan de manera similar, con respecto a las dimensiones de involucramiento en el cambio e intercambio de información; sin embargo, entre las otras dimensiones existe una diferencia significativa. En la dimensión de compromiso por la productividad los grupos diferentes son enfermería del personal administrativo y paramédico; además del personal médico con el paramédico.

5.9.2.3 Reciprocidad

Tabla 25. Personal satisfecho y no satisfecho por tipo de personal en dimensiones de reciprocidad. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Tipo de personal	Aplicación al trabajo				Cuidado del patrimonio institucional				Retribución				Equidad			
	S*	%***	NS**	%***	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Administrativo (n=226)(n=100)	92	41	134	59	99	44	127	56	20	9	206	91%	43	19%	183	81%
Enfermería (n=200)(n=100)	73	37	127	63	86	43	114	57	15	8	185	93%	29	15%	171	86%
Médico (n=130)(n=100)	54	42	76	58	52	40	78	60	15	12	115	88%	27	21%	103	79%
Paramédico (n=171)(n=100)	88	51	83	49	88	51	83	49	23	13	148	87%	34	79%	137	80%
Total (N=727)(n=100)	307	42	420	58	325	45	402	55	73	10	654	90%	133	18%	594	82%
Probabilidad*	0.03				0.20				0.23				0.42			

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativa)

* Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

En relación con la variable de reciprocidad, las dimensiones que no muestran diferencias entre los grupos es la de equidad, retribución y cuidado del patrimonio institucional, ya que todos la ubican de manera similar en una categoría no satisfactoria. En la dimensión de aplicación al trabajo, los grupos que se comportan diferente son; paramédico, administrativo y de enfermería.

5.9.2.4 Motivación

Tabla 26. Personal satisfecho y no satisfecho por tipo de personal en dimensiones de motivación. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Dimensiones Tipo de personal	Realización personal				Reconocimiento de la aportación				Responsabilidad				Adecuación de las Condiciones de trabajo			
	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%	S	%	NS	%
Administrativo (n=226)(n=100)	76	34%	150	66%	37	16%	189	84%	13	6%	213	94%	62	27%	164	73%
Enfermería (n=200)(n=100)	80	40%	120	60%	27	14%	173	86%	17	9%	183	92%	56	28%	144	72%
Médico (n=130)(n=100)	71	55%	59	45%	33	25%	97	75%	24	18%	106	82%	34	26%	96	74%
Paramédico (n=171)(n=100)	76	44%	95	56%	35	20%	136	80%	14	8%	157	92%	58	34%	113	66%
Total (N=727)(n=100)	303	42%	424	58%	132	18%	595	82%	68	9%	659	91%	210	29%	517	71%
Probabilidad	0.001				0.04				0.001				0.041			

Fuente: Elaboración propia partir de los resultados obtenidos en la aplicación de cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

+ $X^2 > .05$ (no significativo) $X^2 < .05$ (significativa)

* Frecuencia de personal con respuestas en categoría de satisfactorio

** Frecuencia de personal con respuestas en categoría de no satisfactorio

*** Porcentaje de satisfacción/no satisfacción

En la variable de motivación, según el valor obtenido de "p", se puede observar que existen diferencias en las dimensiones de realización personal y responsabilidad. En la primera de ellas, las diferencias se encuentran entre el personal médico con el de enfermería y administrativo; mientras que en la de responsabilidad, la diferencia se encuentra entre el personal médico con el administrativo y paramédico.

5.10 Análisis de respuestas del cuestionario de clima organizacional

A continuación, se presentan una serie de tablas que permiten observar muy específicamente, en que apartados el personal expresó sentirse satisfecho, sin diferenciar turnos, unidades administrativas y tipo de personal.

5.10.1 Liderazgo

Tabla 27. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión de dirección. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
1. El jefe se preocupa por que entendamos bien nuestro trabajo	V	68
14. La distribución del trabajo se hace en forma desorganizada	F	49
33. No existe claridad de las funciones que cada uno debe desempeñar	F	60
51. A menudo se inician trabajos que no se sabe por qué se hacen	F	58
67. Nosotros conocemos las metas de nuestra área de trabajo	V	68

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

La tabla 58, muestra el porcentaje de personas que ofrecieron respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio en relación a la dimensión de dirección, en donde se puede observar que más de la mitad del personal afirman conocer las metas del área de trabajo así como el sentimiento de preocupación por parte del jefe por el entendimiento del trabajo.

Tabla 28. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio Dimensión de estímulo de la excelencia. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
15. Aquí se preocupan por mantener informado al personal de las nuevas técnicas relacionadas con el trabajo con el fin de mejorar la calidad del mismo	V	46
30. Aquí la calidad del trabajo tiene que ser excelente	V	67
34. Casi nadie se esfuerza en cumplir con sus obligaciones	V	38
52. Mi jefe no se preocupa por ofrecer ideas que mejoren la calidad del trabajo	F	55
70. A mi jefe no le preocupa la calidad del trabajo	F	66

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Los empleados perciben que casi nadie, dentro de la institución, se esfuerza por cumplir sus obligaciones además de que no se preocupan por mantenerlos informados de las nuevas técnicas relacionadas con el trabajo con el fin de mejorar la calidad del mismo, sin

embargo si perciben que la calidad de este, debe ser excelente (ver tabla 28).

Tabla 29. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio Dimensión estímulo de trabajo en equipo. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
2. El jefe no permite que otra persona del área lo ayude a organizar el trabajo	V	26
17. Generalmente, todos aportamos ideas para mejorar nuestro trabajo	V	53
35. Cuando uno no sabe como hacer algo nadie le ayuda	F	70
50. En toda la organización las diferentes áreas compiten más que trabajar juntos	F	53
73. Aquí el trabajo solo lo hacen unos pocos	F	39

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Tabla 29. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión solución de conflictos. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
16. Aquí todos los problemas se discuten de buena manera	V	47
31. A nuestro superior sólo le podemos decir lo que quiere oír	F	60
36. Cuando tenemos un problema nadie se interesa por resolverlo	F	59
55. Cuando hay un problema se deja pasar como si nada hasta que se olvida	F	52
68. Cuando analizamos un problema las posiciones que adoptan mis compañeros no siempre son sinceras	F	28

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En la tabla 29, se observa que la mayoría de los empleados perciben una falta de interés por parte de su jefe para ayudarlo a organizar el trabajo, tampoco sienten que el trabajo este correctamente distribuido ya que solo algunos lo hacen.

Los trabajadores del hospital afirman sentir que los problemas no se discuten de buena manera, además de que cuando se analiza un problema las posiciones que adoptan sus compañeros no siempre son sinceras (ver tabla 30).

5.10.2 Motivación

Tabla 30. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión realización personal. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
3. La mayoría de trabajos en esta unidad exigen raciocinio	V	66
18. Con este trabajo me siento realizado profesionalmente	V	62
37. Existe poca libertad de acción para la realización del trabajo	F	64
49. Aquí uno puede desarrollar su ingenio y creatividad	V	51
74. Los empleados se sienten orgullosos de pertenecer a esta institución	V	62

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En relación a la dimensión de realización personal, se puede observar que la mayoría de los empleados afirmaron sentirse realizados profesionalmente además de sentirse orgullosos de pertenecer al Hospital "Dr. Luis F. Nachón" (ver tabla 31).

Tabla 31. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión reconocimiento de la aportación. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
19. En esta institución se premia a la persona que trabaja bien	V	21
32. El superior sabe reconocer los trabajos de buena calidad	V	53
40. Aquí únicamente están pendientes de los errores	F	42
56. La dedicación en este departamento merece reconocimiento	V	84
69. Normalmente se da un reconocimiento especial por el buen desempeño en el trabajo	V	22

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Tabla 32. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión de responsabilidad. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
4. En esta organización se busca que cada quien tome decisiones de cómo realizar nuestro trabajo	V	36
20. Los trabajadores de esta área no se sienten seguros del trabajo que tienen que hacer	F	66
43. Casi todos sugieren ideas para mejorar la calidad del trabajo	V	48
57. Toda decisión que se toma es necesario consultarla con los superiores antes de ponerla en práctica	F	24
75. Únicamente al finalizar el trabajo es cuando se revisa	V	39

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En el hospital, los trabajadores perciben que el trabajo que se realiza merece ser reconocido, sin embargo, esto no es así ya que más de 2 terceras partes de ellos afirman no recibir ningún reconocimiento por la labor desempeñada (ver tabla 32).

A pesar de que el personal se siente seguro de las tareas que de realizar, éstos no perciben que se sugieran ideas que mejoren la calidad del trabajo, además de que no tienen libertad de decisión para realizar su trabajo, por lo que toda decisión debe ser consultada por sus superiores (ver tabla 33).

Tabla 34. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión adecuación de las condiciones de trabajo. "Hospital Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
5. El ambiente que se respira en esta institución es tenso	F	47
21. Las condiciones de trabajo son buenas	V	45
41. Aquí se despide a la gente con facilidad	F	78
59. La mayoría significativa de los funcionarios de esta institución no sentimos satisfechos con el ambiente físico de nuestro departamento	V	45
65. Aquí se preocupan por mejorar constantemente las condiciones de trabajo	V	33

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Según la percepción de los trabajadores, la gente no es despedida con facilidad, a pesar de ello, observan que las condiciones de trabajo no son buenas ya que no se sienten satisfechos con el ambiente físico del lugar y a pesar de ello no se preocupan por mejorar las condiciones de trabajo (ver tabla 34).

5.10.3 Reciprocidad

Tabla 35. Respuestas a favor de clima organizacional satisfactorio. Dimensión aplicación al trabajo. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver. 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
6. La gente se esfuerza por cumplir sus obligaciones	V	55
22. Aquí uno se auto motiva para la realización del trabajo	V	78
42. En general, el trabajo se hace superficial y mediocrementemente	F	65
58. Todos nos preocupamos por hacer el trabajo con exactitud y orden	V	56
71. A la gente le gusta hacerse cargo de los trabajos que es necesario realizarse	V	43

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En la tabla 35, se puede observar que a pesar de que la gente se motiva a realizar sus tareas, no les gusta hacerse cargo de ellas. Por otro lado, los trabajadores afirman que a pesar de tratar a los usuarios con respeto y defender la imagen de su área, frecuentemente habla mal de la institución (ver tabla 36).

Tabla 36. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión cuidado del patrimonio institucional. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
7. Con frecuencia los compañeros hablan mal de la institución	F	39
23. Realmente nos preocupa el prestigio de la organización	V	65
44. Tratamos con respeto a los usuarios de nuestro servicio	V	80
60. Defendemos con energía el trabajo y la imagen de nuestro departamento	V	73
72. En general, todos tratan con cuidado los bienes de la organización	F	57

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Tabla 37. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión retribución. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
8. Esta institución ofrece oportunidades de capacitación para todos	V	48
24. Aquí se dan incentivos adicionales a los establecidos en el contrato de trabajo	V	19
39. Aquí se ofrecen oportunidades de progreso a los buenos trabajadores	V	27
54. En esta organización el personal con capacidad para presentar mayores desafíos es promovido	V	26
66. Por lo general las personas que trabajan bien, son premiadas con un mejor trabajo en la organización	V	15

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Se puede observar según la tabla 68, que la mayoría de las respuestas se encuentran dirigidas hacia un CO no satisfactorio, ya que aseguran no recibir incentivos adicionales a los establecidos en el contrato de trabajo, además de no ofrecer oportunidades de progreso.

La tabla 38 muestra que las promociones carecen de objetividad, ya que a pesar de realizar bien su trabajo, éste no es reconocido, esto debido a que el desempeño de las funciones no es correctamente evaluado.

Tabla 38. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión equidad. "Hospital Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
9. Aquí las promociones carecen de objetividad	F	39
25. Las normas disciplinarias se aplican arbitrariamente	F	51
45. Aunque haga bien su trabajo, nadie se lo reconoce	F	32
53. Los programas de capacitación son patrimonio de unos pocos	F	35
76. El desempeño de las funciones es correctamente evaluado	V	37

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

6.10.4 Participación

Tabla 39. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión compromiso por la productividad. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
10. En la práctica, este grupo rara vez logra alcanzar sus objetivos	F	56
26. Cuando hay un reto para la organización todos los departamentos participan activamente en la solución	V	54
46. Aquí cada departamento trabaja por su lado	F	36
61. El espíritu de equipo en esta organización es excelente	V	29
77. Los diferentes niveles jerárquicos de la organización no colaboran entre ellos	F	47

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En relación a la dimensión de compromiso por la productividad, se puede observar que no existe espíritu de equipo, ya que cada departamento trabaja por su lado los diferentes niveles jerárquicos de la organización, no colaboran entre ellos (ver tabla 39).

Tabla 40. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión compatibilidad de intereses. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
11. Los objetivos de los departamentos son congruentes con los objetivos de la organización	V	67
27. Lo importante es cumplir con los objetivos del departamento, lo demás no interesa	F	59
47. Aquí el poder esta concentrado en unos pocos departamentos	F	34
62. Los recursos limitados de nuestro departamento los compartimos fácilmente con otros grupos de la institución	V	48
78. Aquí los departamentos viven en conflicto permanente	F	55

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En la tabla 40, se puede observar que si se tiene una percepción positiva o satisfactoria con respecto a la congruencia entre los objetivos de los departamentos con los de la organización. Por otro lado afirman que no fácilmente comparten los recursos limitados de su departamento, además de sentir que el poder esta concentrado únicamente en algunos departamentos de la organización.

Tabla 41. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión intercambio de información. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
12. Cuando necesitamos información de otra área, tardan en dárnosla	F	41
28. Generalmente cuando se va a hacer algo en la organización, mi departamento es el último en enterarse	F	58
48. Periódicamente tenemos problemas debido a la circulación de chismes y rumores	F	41
63. Los que poseen información no nos la dan a conocer fácilmente	F	40
79. Aquí la información esta concentrada en pocos grupos	F	34

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

La tabla 41, ofrece un panorama con respecto a la situación, sobre el intercambio de información en el hospital; se puede observar que ésta fluye de manera lenta, además de estar concentrada en pocos departamentos, lo que genera un grave problema debido al surgimiento de chismes y rumores.

Tabla 42. Respuestas a favor de un clima organizacional satisfactorio. Dimensión involucramiento en el cambio. Hospital "Dr. Luis F. Nachón". Xalapa, Ver., 2009.

Preguntas	Respuesta a favor del CO	%
13. La adopción de nuevas tecnologías no son bien aceptadas	F	58
29. Las iniciativas de los trabajadores no reciben respaldo de sus jefes	F	43
38. Existen grupos o personas cuyas normas y valores no favorecen al trabajo de la institución	F	28
64. En esta organización existen grupos que se oponen a todos los cambios	F	33
80. Los niveles superiores no propician cambios positivos a la institución	F	38

Fuente: Cuestionario para medir clima organizacional en el Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

En la tabla 42 se puede observar que las iniciativas de los trabajadores en su mayoría, no tiene el respaldo de sus jefes. Por otro lado, existen personas dentro de la organización cuyas normas y valores no favorecen al trabajo de la institución, además de oponerse a los pocos cambios positivos que los niveles superiores propician a la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Daft R.I. Teoría y diseño organizacional. 8ª ed. México: Thomson; 2005.
2. Asenjo M. A. Gestión diaria del hospital. 2ª ed. España: editorial Masson; 2001.
3. Riande G. Diapositivas presentación de proyecto de desarrollo organizacional., 04 de octubre 2008-10-08
4. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 7ª ed. México DF: Mc Graw Hill; 2007.
5. Porras J.I., Robertson P. Desarrollo Organizacional: teoría, práctica e investigación. 2ª ed. Vol. 3 México: Editorial M.D Dunnet y L.M Hough; 1992.
6. Stephen R. Comportamiento organizacional. 8ª ed. México: Prentice Hall; 1999.
7. Marín J, Melgar A, Castaño C. Teoría y técnica de desarrollo organizacional. Guatemala: editorial OPS, OMS.
8. Alvarez S. La cultura y el clima organizacional como factores relevantes en la eficacia del Instituto de Oftalmología. [Internet] [Citado 29 de septiembre 2008] Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2002/alvarez_vs/html/index-frames.html
9. Cabrera G. Teorías y modelos en salud pública, Primera edición. Colombia. Universidad nacional de Salud Pública; 2007.
10. El comportamiento humano [internet]. México. [Citado 01 de octubre 2008]. Disponible en: <http://www.mitecnologico.com/Main/ElComportamientoHumano>.
11. Navarro R, García A. Las teorías "X" y "Y". [Internet]. Malaga: Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2007c/340/las%20teorias%20x%20y%20y.htm>
12. López C. teoría y pensamiento administrativo [internet]. México [visitado 31 de octubre 2008]. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/26/teoriaz.htm>
13. Philip R, Larry J, Keneth R. Calidad sola no es suficiente. Séptima edición. Nueva York, Estados unidos. Asociación americana administrativa; 1992.
14. RoblesM, Dierssen S, Martínez, Ochoa E, Herrera P, Díaz M, Llorca J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. Gac Sanit. [periódico enInternet]. 2005 Abr [citado 2008 Oct 03]; 19(2): 127-134. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200006&lng=pt&nrm=iso.
15. Romero A. Satisfacción laboral de los prestadores de servicios de salud como un factor de calidad. Universidad Veracruzana. Instituto de salud publica; 2008
16. Segredo M, Pérez L. El clima organizacional en el desarrollo de los sistemas organizativos [Internet] [citado 29 septiembre 2008]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/clima_organizacional_en_el_desarrollo_de_sistemas_organizativos.doc

17. López C, Navarro J. Análisis del clima organizacional aplicado al hospital de Victoria [Internet]. Valdivia (Chile): Universidad Austral de Chile, Facultad de ciencias económicas y administrativas; 2003. [Citado el 29 septiembre 2008]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fel864a/html/index.html>
18. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Clima organizacional en la administración pública federal. Secretaría de salud. México; 2001. [Citado el 03 Julio 2008]. Disponible en: http://dgpob.salud.gob.mx/descargas/clima_organizacional_antecedentes.pdf
19. Arias J. Factores del clima organizacional influyentes en la satisfacción laboral de enfermería, concerniente a los cuidados intensivos neonatales del Hospital Nacional de Niños. Costa Rica 2004. [Citado el 03 Julio 2008]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art3.pdf>
20. Piña, C. Caracterización del Clima organizacional del Policlínico Universitario "Cecilio Ruiz de Zarate" de la Provincia de Cienfuegos. Cuba; 2008. [Citado el 03 Julio 2008]. Disponible en: <http://www.odiseo.com.mx/correoslector/clima-organizacional>
21. Segredo A, M. Percepción del Clima organizacional por Directores de policlínicos. Cuba; 2003. [Citado el 03 Julio 2008]. Disponible en: <http://74.125.155.132/search?q=cache:W9xMVrAL1NIJ:www.cocmed.sld.cu/no84/n84ori7.htm+alina+segredo+clima+organizacional&cd=2&hl=es&ct=clnk>
22. Domínguez E, Hernández E, Hernández J, Rodal M, Sánchez M. Construcción de 5 manuales administrativos del departamento de consulta externa. Xalapa, Veracruz. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública. 2008
23. Servicios de Salud de Veracruz. Manual de Organización de los Servicios de Salud de Veracruz. 2004. (Consultado 2008 Abr 15). Disponible en: http://sesver.ssaver.gob.mx/portal/page?_pageid=693,12600675&_dad=portal&_schema=PORTAL
24. Hernández GE, Saldaña ISA. Investigación Cuantitativa: Guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Documento electrónico; 2003
25. Rojas R. Guía para realizar investigaciones sociales. 34ª ed. México: Plaza y Valdez; 2000
26. Heinemann K. introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte. 1ª ed. España: paidotribo; 2003
27. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5 ed. México: Mc graw Hill interamericana;1997
28. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3ª ed. Chile: Mc Graw-Hill; 2003

EVALUACIÓN DEL APEGO A LA LEGISLACIÓN Y REGLAMENTACIÓN SANITARIA DEL PROCESO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN EL CECAN

Alumna: *Tlalli Judith Saavedra Alvarez*
 Directora de Tesis: *Edit Rodríguez Romero*
 Asesora Externa: *Ivonne Cisneros Luján*

1 MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco contextual

1.1.1 Ubicación de la sede

El Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa", cuya categoría actual es la de Hospital de Especialidad Oncológica, se ubica en la calle Aguascalientes número 100, colonia Progreso Macuiltépetl, entre las calles Soconusco, Saltillo, Guadalajara y Tepic (ver figura 1).

Figura 1. Fachada del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa". Xalapa, Ver.



1.1.2 Origen de la Sede

La construcción de este hospital comenzó el 6 de enero de 1911, durante sus primeros años de funcionamiento éste no era un hospital, más bien funcionaba como una unidad de atención para pacientes con lepra y tuberculosis. Es hasta el año de 1946, cuando el Dr. Miguel Dorantes Mesa, quién fue el primer director de la unidad,

lo convierte en el Sanatorio Macuiltépetl, lugar en el que se continuaba atendiendo, principalmente a pacientes con tuberculosis. En 1968, muere el Dr. Dorantes Mesa y, en su honor, el hospital adquiere su nombre.

Es hasta 1980 cuando la antigua Dirección General de Asistencia Pública convierte a esta unidad en un hospital de especialidades. En 1996 el hospital se integra a la Red Nacional de Centros Estatales de Cáncer, coordinados por el Instituto Nacional de Cancerología de México y para el 7 de noviembre de 1997, la Secretaría de Salud y Asistencia Estatal autoriza a la dirección del hospital el uso de su nueva denominación: Centro Estatal de Cancerología (CECan) "Dr. Miguel Dorantes Mesa", debido a que en ese momento ya contaba con el equipo y personal calificado para ello.

En el 2003, los Servicios de Salud estatales deciden construir el nuevo Centro Estatal de Cancerología. En octubre de ese mismo año, se empiezan las labores de construcción y para el 29 de noviembre del 2004 se inaugura el nuevo CECan "Dr. Miguel Dorantes Mesa", institución dependiente de los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER). Entonces, el centro fue catalogado como hospital de alta especialidad en padecimientos oncológicos. Actualmente este centro oncológico cuenta con 541 trabajadores, distribuidos de la siguiente forma (ver tabla 1):

Tabla 1. Distribución del personal que labora en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"

Personal contratado	Número
Médicos especialistas	57
Médicos generales	22
Enfermeras auxiliares	44
Enfermeras tituladas	122
Enfermeras especialistas	15
Otro personal profesional no médico	21
Personal técnico	68

Personal administrativo	119
Personal de servicios generales y de mantenimiento	73
Total	541

Fuente: Servicios de Salud de Veracruz. Manual de Organización. Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"; 2008.

En cuanto a los servicios que ofrece este hospital se encuentran los siguientes: radioncología (acelerador lineal, cobaltoterapia, braquiterapia de baja y alta tasa de dosis), medicina nuclear, cirugía oncológica, oncología médica, oncopediatría, terapia intensiva, cuidados paliativos, imagenología (rayos X, mastografía con estereotaxia, ecosonografía color y tomografía helicoidal), laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre, anatomía patológica, clínica del dolor, clínica de displasias, endoscopia, farmacia y área privada, entre otros, contando con tecnología de última generación.

1.1.3 Situación actual de la sede

Durante la realización de esta investigación el hospital se encontró en un proceso de certificación^a de calidad, que otorga el Consejo de Salubridad General, se han concluido las visitas por parte de dicho Consejo, pero aun no reciben el dictamen; por medio de dicha certificación el hospital obtendrá el certificado como uno de los hospitales de calidad del país; permitiéndole realizar investigación e intercambio académico, además de retribuir en mayores beneficios a los pacientes del nosocomio. Por tal motivo desde el mes de agosto del 2008 a la fecha, las diferentes áreas y departamentos se han dado a la tarea de tener y actualizar toda la documentación necesaria para dicho proceso. Entre la documentación que se revisa durante la certificación se encuentran los manuales de organización y los manuales de procedimientos. En el manual de organización se encuentran descritas la misión, visión, valores, política de calidad, código de conducta, los derechos de los pacientes, los derechos de los médicos y del personal de salud, además, hace mención a diez acciones en favor de la seguridad del paciente. A continuación se presentan algunos de los puntos mencionados anteriormente:

^a Certificación: Procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio, se ajusta a normas, lineamientos o recomendaciones de organismos dedicados a la normalización nacionales o internacionales. Es decir, es el documento que expide el Consejo de Salubridad en el que hace constar la calidad del hospital y de los servicios que presta. Al certificar, lo que una institución gana es: credibilidad (ya que los usuarios tendrán confianza en el personal de un hospital certificado), protección (tener normas y procedimientos que avalen las actividades del hospital), apoyo económicos (los hospitales certificados gozan de preferencias para apoyos económicos y programas de mejoras), entre otros.

Misión:

"Otorgar servicios de oncología con calidad a la población, en instalaciones de vanguardia con equipo de desarrollo tecnológico avanzado y personal altamente calificado, a través de la optimización de recursos".¹

Visión:

"Ser una institución prestadora de servicios oncológicos de calidad que a través de la mejora continua de procesos de atención logre que todos aquellos que se relacionen con la institución obtengan satisfacción de sus necesidades y expectativas".

Valores:

"Ética, igualdad, efectividad, puntualidad, equidad y justicia, honradez, integridad, seguridad, respeto, eficiencia, oportunidad, trabajo en equipo y compromiso".

Política de calidad:

"El Centro Estatal de Cancerología es una institución comprometida con la población del estado de Veracruz, para brindarle una atención puntual y oportuna.

Teniendo por objetivo fundamental ofrecer los máximos niveles de calidad, por parte del personal de salud, otorgándole la integridad, seguridad y respeto, durante la prestación de nuestros servicios con tecnología de vanguardia que nos permita lograr la excelencia y profesionalismo, pensando en salud".

En lo que respecta al marco jurídico a continuación se señalan los diferentes documentos legales que rigen las actividades de dicho nosocomio:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y Constitución Política del Estado de Veracruz Llave.

Leyes:

Ley Orgánica de la Administración Pública Estatal, Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Ley General de Salud, Ley Estatal de Salud, Ley de adquisiciones, arrendamientos y prestación de servicios relacionados con bienes muebles, Ley Federal de Procedimiento Administrativo, Ley de la Comisión

Estatutal de Conciliación y Arbitraje Médico y Ley no. 54 que crea el Organismo Público Descentralizado: Servicios de Salud de Veracruz.

Decretos:

Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud y Asistencia (D.O. 25-09-1996), Decreto que ordena a las Dependencias y Entidades la elaboración de un Programa de Descentralización Operativa (D.O. 18-06-1984) y Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (D.O.3-IV-1996).

Reglamentos:

Reglamento de la Ley de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos (D.O. 20-II-1985; Ref. 26-VI-1987), Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (D.O. 14-V-1986), Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (D.O. 6-I-1987), Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios (D.O. 18-II-1988), Reglamento Interno de la Comisión de Arbitraje Médico (D.O. 3-II-2004), Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Veracruz P. (Gaceta Oficial del Estado. No. 239 30-XI-00), Reglamento Interior de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico (CEAM), Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Insumos para la Salud (D.O. 4-II-1998) y Reglamento interno del Subcomité Estatal Interinstitucional para la formación y capacitación de Recursos Humanos e Investigación para la Salud.(D.O. 19-X-1983).

Acuerdos:

Acuerdo que establece las Normas de Modernización Administrativa para la Organización de las Unidades de la Secretaría de Salud (D.O. 22-IV-1983), Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y Estatal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en materia de Servicios de Salud a Población Abierta (D.O. 9-II-1988), Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.(D.O. 25-IX-1996), Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los

Servicios de Salud (D.O. 9-II-1998), Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud (D.O. 25-IX-1996), Acuerdo que crea la Comisión Estatal de Arbitraje Médico como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con plena autonomía técnica para emitir opiniones y laudos (D.O. 12-VIII-2003) y Acuerdo Interno de Servicios de Salud de Veracruz, que autoriza el cambio de nombre del Hospital de Especialidades "Dr. Miguel Dorantes Mesa", por el de Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa", (Oficio 01498/9 de fecha 21/IX/1997).

Los Manuales de Procedimientos de cada área, incluyen un apartado denominado "Base Legal" en el que enuncian los documentos legales bajo los cuales se rige su área de trabajo. Al revisar el Manual de Procedimientos del departamento de farmacia se encontró que mencionan sólo los siguientes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 123, apartado "b" fracción 11d. o 05-II-1917 y artículo 4º, párrafo 3º. d.o. 30-V-84, Ley General de Salud título segundo, capítulo II, artículo 14 d.o. 04-ii-1984, Constitución Política del Estado de Veracruz, Ley 54 de Servicios de Salud de Veracruz, Manual de Organización del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa".

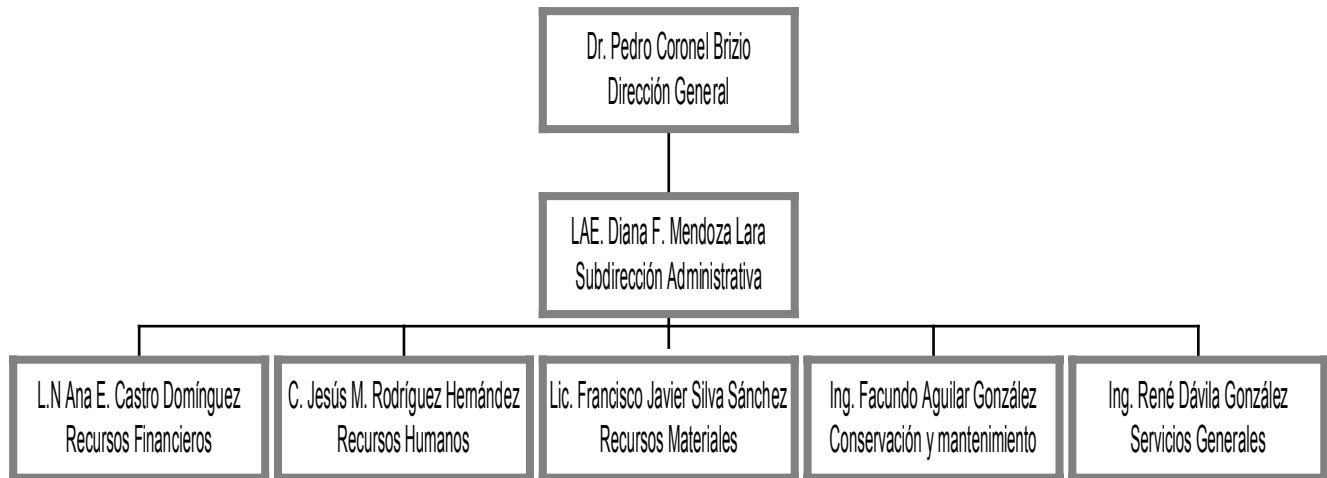
Organigrama

El organigrama del CECan se encuentra en el Manual de Organización del hospital^b, se encuentra uno general en el que se especifican las líneas de mando tal y como se aprecia en la figura 2, además se hace referencia a que en caso de ausencia temporal, la persona suplente será la que el director designe.

En el manual de procedimientos de la subdirección administrativa, se encuentra el organigrama del área de recursos materiales (ver figura 3). El manual de procedimientos de farmacia, también incluye el organigrama del departamento (ver figura 4).

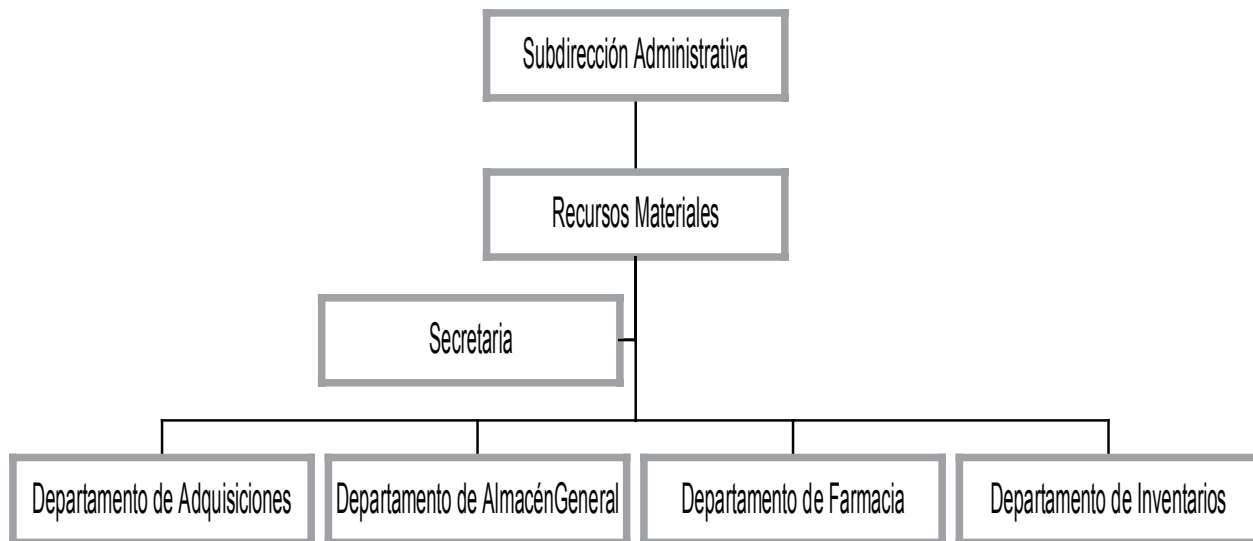
b Nota: el Manual de Organización aún se encuentra en actualización, por lo que por ejemplo en el caso del Jefe de Recursos Materiales ya no es el mismo y tienen que actualizar el organigrama con el nombre del actual Jefe.

Figura 2. Estructura Orgánica del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"



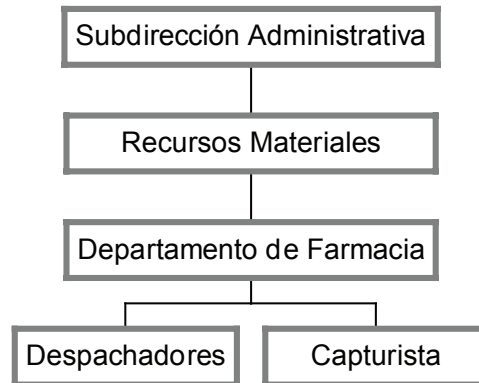
Fuente: Manual de Organización del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa".

Figura 3. Organigrama del Servicio de Subdirección Administrativa del CECan



Fuente: Manual de Procedimientos del Servicio de Recursos Materiales del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa".

Figura 4. Organigrama del Departamento de Farmacia del CECan



Fuente: Manual de Procedimientos del departamento de Farmacia del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa".

Tabla 2. Plantilla del departamento de Farmacia del CECan

Nombre de los empleados	Cargo	Turno
Lic. Miguel Ángel Quintanar Atilano	Jefe de Recursos Materiales	Matutino
C. Luz María Alarcón Ortiz	Secretaria	Matutino
Margarita Martha Aburto Luna	Encargada de Farmacia	Matutino
Ariet Irene Cobos Salazar	Despachadora de Farmacia	Matutino
Francisco Javier Hernández Cobos	Despachador de Farmacia	Matutino
C. Berta Moreno González	Aux. Administrativo	Matutino
LAE. Miriam Villa Méndez	Capturista	Matutino
C. Olga Rodríguez Peña	Despachadora de Farmacia	Vespertino
C. Cindy Lizeth Carlos Cabrera	Aux. Administrativo	Jornada Acumulada
Humberto Rafael Dórame Díaz	Despachador de Farmacia	Jornada Acumulada
M.H. QFB. Enrique de Jesús	Responsable Sanitario	Matutino

Fuente: Manual de Organización del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa". Mayo-Junio 2009.

1.1.4 Descripción del escenario de investigación

El departamento de farmacia (ver figura 5) forma parte de los departamentos que están bajo la responsabilidad del Servicio de Recursos Materiales. La farmacia se encuentra ubicada en la planta baja del hospital entre el departamento de archivo y el de adquisiciones.

Figura 5. Departamento de Farmacia del Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"



La forma en la que se encuentra distribuidos los espacios dentro de la farmacia es la siguiente:

- Área de entrega de medicamento, captura de reportes y donde se ubica la secretaria de recursos materiales se encuentran en el mismo espacio, y a un costado está la oficina del Jefe de Recursos Materiales.
- Oficina de la Jefa de Farmacia, donde también se resguarda el medicamento oncológico.
- Área de anaqueles de medicamentos. (Una parte de los medicamentos en los anaqueles se encuentran acomodados por orden alfabético de la A - Z, en otros está el material de curación, en los anaqueles del centro se acomoda el medicamento destinado a gastos catastróficos de acuerdo a su forma farmacéutica (inyectables, tabletas, jarabes, cremas, sueros y en una caja se separan los medicamentos controlados).
- Área de almacenamiento de medicamentos controlados.
- Baño.
- Área de medicamentos apartados.
- Área de medicamentos de refrigeración.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Importancia de las bases legales y lineamientos internos en la Administración de Instituciones Públicas

En la administración pública es de gran importancia seguir los lineamientos establecidos en el marco jurídico y los reglamentos internos de cada institución, sin embargo, de acuerdo con Cervantes O. y Corrales G.² muchos funcionarios públicos han manifestado su desacuerdo y dificultad de trabajar dentro del marco propuesto en la legislación, provocando que a los prestadores de servicio muchas veces les resulte casi imposible hacer sus labores en el sector público sujetándose en cien por ciento a un marco legal. Sin embargo, como se sabe en la administración de toda institución la importancia de seguir leyes, reglamentos y normas radica en que en dichos documentos se describen los principios generales que regulan y dan un orden específico a las actividades a realizar en los procesos administrativos y operativos, de tal forma que ayudan a la toma de decisiones para evitar o disminuir en la medida de lo posible problemas en la operación si se sigue lo establecido en el ordenamiento.

Además de lo establecido en el marco jurídico, al interior de cada departamento o servicio de una institución deben existir manuales de procesos y procedimientos, en los cuales se describe a detalle como se realizan los

procesos, además de incluir una serie de políticas, normas y condiciones que permiten el correcto funcionamiento de la institución. Los manuales de procedimientos, reúnen las normas de funcionamiento de la institución, es decir, las condiciones, normas, sanciones, políticas y todo aquello en lo que se basa la gestión de la organización¹.

Los autores señalan que una institución en donde no se aplique correctamente lo establecido en el correspondiente marco jurídico (leyes, reglamentos, normas, etc.) y manuales de procesos y procedimientos, se presentarán seguramente uno o varios problemas tales como los que se mencionan a continuación²:

- Responsabilidades confusas: debido a que si no existe una definición y delimitación clara de las responsabilidades de cada departamento, se pueden generar serios problemas de abuso de autoridad e irresponsabilidad entre departamentos y trabajadores, ya que si no hay nada definido, el personal puede buscar la simulación de trabajo o evadir sus funciones y si algo funciona mal no habrá a quién responsabilizar.
- Descontrol en las actividades: en las leyes, reglamentos, normas y manuales de procedimientos se indican de manera muy específica los pasos que se realizan en cada actividad y determina a quien compete realizarla, lo cual facilita al máximo el proceso de búsqueda si algo falla, para aplicar las sanciones correspondientes y establecer en qué punto se deben realizar las correspondientes correcciones. Cuando esto no es aplicado, no se pueden establecer sanciones a una persona en específico, ni identificar el punto clave a corregir, lo cual implica cambiar todo el proceso².
- Falta de un procedimiento establecido: se refiere a que se puede obtener el máximo de bienestar si se siguen los parámetros establecidos en las leyes, reglamentos, normas y manuales establecidos; ya que de no ser así se pueden generar grandes desperdicios de recursos y deficiencia en cuanto a efectividad, debido a que los distintos métodos utilizados por cada trabajador pueden no ser los más efectivos.²

Para efectos de esta investigación se estudiaron en general las principales bases legales que rigen el manejo y dispensación de medicamentos controlados: Ley General de Salud (LGS), la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM), Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud, el Reglamento de Insumos para la Salud (RIS) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

(RPSAM). Además también se revisaron los manuales de procedimientos internos en el servicio de farmacia¹. Para saber cuales son las sanciones que se aplican tanto a los prestadores de servicios, al departamento y a la institución, se revisaron varios documentos legales desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Código Penal Federal, Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave.

1.2.2 Servicio de farmacia

1.2.2.1 Definición

De acuerdo con Barquín³ "el servicio de farmacia en un hospital proporciona la terapéutica medicamentosa al paciente."

Otros autores como Rowland y Rowland⁴ señalan, que la función principal del servicio de farmacia en los hospitales es preparar, componer y administrar medicamentos y otras sustancias diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, mencionan que existen hospitales que adquieren los medicamentos y otros insumos con diferentes proveedores, tal es el caso de la institución de esta investigación.

Para Corach⁵ un hospital, necesita entre sus servicios los de una farmacia; la cual debe estar ubicada, entre los servicios de hospitalización y los consultorios externos. Menciona que debe operar de 8 a 10 horas diarias, pero se establece un servicio de guardia principalmente en el área de enfermería para tener disponibles los medicamentos que se requieran para los pacientes durante el turno nocturno en las instituciones en las que no hay servicio de farmacia durante ese horario.

1.2.2.2 Responsables de la farmacia^{3,4}

De acuerdo con Barquín³ debe haber un jefe de turno, quien casi siempre es responsable de la farmacia, debe ser Químico Farmacológico o Químico Farmacéutico titulado y con cédula profesional que lo avale como profesional de la salud.

El responsable o jefe de farmacia debe ser capaz de desarrollar un amplio rango de actividades farmacéuticas, tales como: planificar, organizar, supervisar y vigilar las actividades del personal de farmacia de acuerdo con las

normas del hospital, las prácticas estándar de la profesión y las respectivas leyes federales, así como ayudar a despachar los medicamentos con la finalidad de cumplir con las peticiones solicitadas en las recetas, revisar que todos los datos de las recetas sean correctos, escoger los productos del stock de medicamentos, surtirlos y brindar información al paciente o usuario sobre las instrucciones para el uso del medicamento. Respecto al manejo de narcóticos debe llevar el control y registro, más que estricto ya que son drogas que deben mantenerse bajo llave y control estricto de la farmacia. Lo importante de todo este mecanismo es que esté bien registrado y bien supervisado, para evitar que en una inspección se encuentren irregularidades que pueden terminar en severas sanciones a la dirección del establecimiento.

Otro punto importante que desempeña el jefe de farmacia es atender las quejas y sugerencias, así como ayudar en las actividades de la farmacia cuando hay sobrecarga de trabajo y vigilar que la farmacia esté en las mejores condiciones sanitarias, además de cuidar la reposición de las existencias, por lo cual debe hacerse cargo de la elaboración de los pedidos reglamentarios a los representantes, vendedores o a los mayoristas, de acuerdo con las necesidades calculadas a través de una lista de faltantes que se formula a diario en forma simultánea con el despacho de la receta que surte la medicina, lista que al final de la jornada o del turno respectivo será tomada en cuenta al realizar el pedido. Posteriormente debe comprobar la recepción de la mercancía y aprobar las facturas para su pago por el departamento de administración financiera, o de compras y recepción. A su vez también participa en la planeación de sistemas de aprovisionamiento y control, revisa la existencia de medicamentos y verifica que coincida con el inventario, el cual comprende que la existencia física de los medicamentos coincida con lo registrado en el sistema, y para el caso de controlados con lo que marca el libro. Dentro de sus funciones también está la de informar al público sobre los usos y abusos de los medicamentos, así como supervisar si hay sobre dosificación o alguna incompatibilidad física, química o farmacológica en la prescripción de un medicamento, tomando en este caso la atribución de comunicarse con el médico tratante y procurar la modificación de la dosis o bien despachar la dosis que la farmacopea establece como inocua para el paciente, si no se pudo consultar con el profesional responsable del enfermo.

1.2.2.3 Auxiliar de farmacia

Tanto Barquín³, como Rowland⁴ mencionan que las funciones principales en este puesto se refieren al manejo y despacho de recetas, acomodo de medicamentos,

manejo y despacho de los mismos y a la inscripción de los faltantes en las listas respectivas. Así como en la recepción de los medicamentos, verificar la cantidad que se recibe, acomodarlos en los anaqueles correspondientes, etc. También debe vigilar que no se pierdan o sustraigan los medicamentos durante el tiempo de su jornada, debe evitar que personas ajenas a la farmacia entren y puedan sustraer dichos medicamentos. Deberá encargarse de la refrigeración y acomodo adecuado de los medicamentos que requieren estas condiciones, y el trato amable al público que se presenta a recoger los medicamentos en la farmacia, proporcionándoles las explicaciones que requieran, de acuerdo con su capacidad, o conocimiento en la materia.

1.2.2.4 Recetarios individuales y colectivos^{3, 4}

Los recetarios que se manejan en las instituciones de salud pueden ser: de tipo individual o colectivo. Los primeros se utilizan cuando es necesario controlar la prescripción de los médicos en particular, o bien para la consulta externa en las instituciones de seguridad social.

Los recetarios colectivos se usan generalmente en las instituciones hospitalarias y se pueden utilizar en distintas áreas: consulta externa, urgencias, en los pisos, para surtir los botiquines para urgencias y para los servicios comunes, etc.

Para considerar una buena prescripción en las recetas es necesario apegarse a los requisitos señalados en la reglamentación respectiva tales como: que la receta siempre corresponda al estudio clínico del caso, que no se prescriban medicamentos sólo por petición o exigencia de los pacientes, se debe formular las recetas especificando claramente el número de unidades (escritas con letra y no con cifras, las cuales pueden alterarse con facilidad) y presentación del medicamento (ampolletas, tabletas, cápsulas, etc.), que la prescripción siempre se rubrique, es decir, que la firma sea legible, que las recetas se presenten en forma de block y foliadas en forma progresiva, de manera que esto las haga infalsificables y en general que el recetario sea llenado en forma clara, precisa y completa, en todos los renglones con los datos necesarios y con el nombre del medicamento de acuerdo con la nomenclatura que se le ha dado en el cuadro básico, y con letra de imprenta.

Los datos que se requieren en general son los siguientes:

- Nombre del paciente.
- Nombre de los medicamentos.

- Número de unidades y dosificación.
- Nombre y firma del médico, su cédula profesional y de especialidad en su caso, y número de teléfono en el lugar donde se le pueda localizar, para cualquier aclaración.

Respecto a las recetas de narcóticos se establece que requieren la forma especial autorizada por las autoridades de la Secretaría de Salud.

1.2.2.5 Cuadro básico de medicamentos³

El cuadro básico de medicamentos consiste en seleccionar los productos que inspiran más confianza al cuerpo médico de la institución, y formular una lista alfabética complementada por una clasificación terapéutica y la relación para realizar sustituciones en caso de productos similares, con objeto de que los departamentos de abasto y compras puedan surtir en un momento dado un laboratorio proveedor por otro, cuando en el mercado haya cotizaciones diversas y se escoja lo mejor para la institución.

Los propósitos de establecer cuadros básicos de medicamentos son: proporcionar medicamentos de buena calidad cuyos resultados estén perfectamente comprobados, ahorrar dinero en la adquisición de medicamentos, evitar prescripciones de productos populares que desprestigian la prescripción terapéutica, etc.

En materia de medicamentos controlados utilizados como analgésicos autorizados en el cuadro básico de medicamentos por el Consejo de Salubridad General son: fentanilo, morfina y nalbufina⁶. Por lo cual la farmacia debe tener un sistema administrativo que indique qué medicamentos corresponden a compra de cuadro básico y qué medicamentos se comprarán fuera de dicho listado.

1.2.3 Teoría de la burocracia

Este trabajo se apoya en la teoría burocrática, ya que tal y como lo señala Chiavenato⁷ éste es un modelo que se caracteriza por tener áreas bien definidas de responsabilidad y se aplican reglas de manera imparcial. Este tipo de modelo se sigue aplicando en casi todas las empresas e instituciones, un ejemplo claro son los Servicios de Salud, en sus hospitales y en cada una de las áreas y servicios que lo conforman.

Cabe destacar que esta teoría fue propuesta y desarrollada por el sociólogo Max Weber en 1909, pero

fue hasta la década de los 40's que es puesta en práctica en la administración debido a que los procesos se fueron volviendo más complejos y difíciles de controlar, por lo tanto, surge como un modelo de organización racional capaz de caracterizar todas las variables involucradas, así como el comportamiento de sus integrantes, aplicable no sólo en las fábricas, sino en todas las formas de organización humana y, en especial a las empresas.

La burocracia es una forma de organización humana que se basa en la racionalidad, es decir, la adecuación de los medios a los objetivos pretendidos, con el fin de garantizar la máxima eficiencia posible en la consecución de esos objetivos. De acuerdo con Weber el término burocracia también se emplea para designar el apego de los funcionarios a los reglamentos y rutinas, ahí radica la importancia de incluir esta teoría en el presente trabajo debido a que ayuda a explicar la principal variable en estudio que es el apego a la reglamentación y legislación sanitaria del proceso de dispensación^c de medicamentos controlados en el área de farmacia del Centro Estatal de Cancerología "Miguel Dorantes Mesa" (CECan) de la Secretaría de Salud.

La consecuencia deseada de esta teoría es la previsión del comportamiento de sus miembros, por lo tanto todos los funcionarios deberán comportarse de acuerdo con los reglamentos y las normas racionales y legales, escritas y exhaustivas de la organización, con el fin de que ésta alcance la máxima eficiencia posible. Por lo tanto para Weber esta teoría ayuda a resolver problemas dentro de las organizaciones.

La teoría de la burocracia señala que si todos los procesos se plasman por escrito cada individuo sabrá qué es lo que debe de hacer y cómo lo debe de hacer, y que al estar por escrito no debe dar cabida a los malos entendidos o equivocaciones si los empleados se ajustan a lo indicado.

De acuerdo con Da Silva⁸ la ideología de esta teoría influyó de manera muy importante en el estudio de la administración pública, de hecho en todo tipo de actividad administrativa ya que prácticamente en todas las empresas durante el trabajo varias actividades están basadas en documentos y papeleo dentro de la

^c *Dispensación de medicamentos comprende las actividades llevadas a cabo bajo supervisión de un Profesional Farmacéutico desde que recibe una prescripción o una petición de un medicamento hasta que éste es entregado al propio paciente o al profesional responsable de su administración.*

organización. Además señala que la burocracia a pesar de ser una teoría muy antigua, es actualmente una de las aportaciones que Weber desarrolló con objetivos específicos, considerando a las organizaciones como estructuras donde existen relaciones de poder, objetivos, papeleo, funciones, comunicaciones y otros factores que se van dando cuando las personas trabajan en conjunto. Las investigaciones que realizó Weber estaban dirigidas a lograr dentro de las organizaciones una estructura definida, estabilidad y orden mediante una jerarquía en la cual se señalaran cargos y funciones específicas en todos los procesos a realizar, así como un control mediante reglas sistemáticas. En este tipo de teoría cada trabajador tiene definida con precisión su actividad y su relación con otras actividades.

Según Da Silva,⁸ Robbins S.⁹ y Fernández,¹⁰ existe otra teoría que complementa a la teoría burocrática tal y como lo señala el mismo Weber es la teoría de la autoridad; la cual considera a la autoridad como las órdenes o decisiones obedecidas de manera voluntaria, ya sea porque éstas emanen de fuentes legítimas, legales o por juicio mismo de las personas. También distingue a la autoridad en tres tipos: 1. Tradicional con orden de tipo sagrado o religioso, 2. Carismática por ejemplo líderes de partidos políticos, religiosos y revolucionarios y 3. Racional o burocrática la cual se basa en normas sociales, administrada por la meritocracia, con rasgos impersonales y técnicos, por ejemplo las autoridades de empresas y la administración pública en general. La autoridad legal se basa en normas legales racionalmente establecidas, por lo que se hace necesaria una serie de reglas y procedimientos para que dicha autoridad sea efectiva; es decir un método administrativo, la burocracia por lo tanto es el modelo ideal a seguir por la organización que pretenda ser eficiente.

Con respecto a las disfunciones del modelo burocrático Da Silva⁸ al igual que Wertheimer y Daniels¹¹ mencionan la opinión de Peter Blau y Richard Scott, quienes señalan que Weber al plantear su modelo de la burocracia sólo contempló las consecuencias previstas tales como una mayor eficiencia dentro de las organizaciones; sin embargo, no contempló las consecuencias imprevistas como puede ser la ineficiencia producida por el rígido control que se debe llevar en este tipo de modelo, pasó por alto que muchos de los trabajadores no siempre son los más calificados para los cargos y funciones que desempeñan dentro de las empresas debido a que requieren un conocimiento técnico que en muchos casos no poseen.

En este trabajo se aplica la idea anterior al observar

que a pesar de existir una serie de lineamientos que se encuentran por escrito en normas, reglamentos, leyes y otros documentos oficiales que aplican tanto para instituciones públicas como privadas en el área de farmacia; muchas veces no es llevado a la práctica en la realidad, y esto puede deberse a muchos factores, entre ellos podemos citar por ejemplo que el personal no tenga el perfil para el puesto que desempeña.

Otro punto de gran importancia de acuerdo a lo planteado por Da Silva⁸ es que conforme las organizaciones crecen, la utilización del modelo burocrático ayuda a los administradores a reducir costos en los procesos de control, coordinación y ejecución de las diferentes actividades realizadas por los empleados, debido a que los costos de una supervisión externa resultan muy caros.

Muchos autores después de Weber han analizado su teoría considerándola desde dos aspectos completamente distintos, la primera postura indica que el crecimiento de las organizaciones genera ineficiencia humana y la segunda señala que produce mejores desempeños.

Es un hecho que la burocracia se aplica en todos los tipos y tamaños de organizaciones formales. Su objeto de estudio consiste en analizar las estructuras de organización formal, el comportamiento humano dentro de estas estructuras y el poder. En este trabajo la teoría de la burocracia aplica ya que el CECan es una institución de salud que poco a poco ha ampliado sus áreas de servicio y cuya estructura es de tipo formal. Se analizará si dentro del área de farmacia se está llevando a cabo el proceso de dispensación de medicamentos controlados, apegado a los reglamentos, ya que de encontrar un nivel de apego nulo o regular, se investigará que factores han influido en el comportamiento de los empleados para tomar esta decisión.

Según Ramírez¹² la racionalización del trabajo humano es el factor que da origen a una estructura organizada denominada burocracia. Todos los empleados públicos integran lo que se conoce comúnmente como burocracia pública. Todos los empleados vinculados a empresas privadas conforman la burocracia privada. Para Weber las organizaciones ya sean públicas o privadas tienen semejanzas en su estructura. Para este estudio al ser el CECan una institución pública, aplicaría lo que se conoce como burocracia pública.

Para poder estudiar cómo se aplica la teoría burocrática en las organizaciones, Weber señala diez características principales, las cuales han sido descritas por diferentes

autores tales como Chiavenato⁷, Da Silva⁸, Fernández¹⁰, Ramírez¹², Munguía¹³ y Blanco¹⁴. Dichas características se describen a continuación, así como su aplicación en este trabajo de investigación:

1. Carácter legal de las normas y reglamentos:

La burocracia es una organización unida por normas y reglamentos previamente establecidos por escrito. En otras palabras, se basa en una especie de legislación propia que define con anticipación cómo deberá funcionar la organización burocrática. Estas normas y reglamentos se ponen por escrito y son bastante detallados porque buscan cubrir todas las situaciones de la organización. Estas normas son por ejemplo, reglamentos de trabajo, descripción de funciones de los empleados, estatutos de las empresas, manuales e instructivos. Las normas escritas son necesarias para dar uniformidad a la actuación de las personas que intervienen en el proceso administrativo.

En este trabajo se revisaron los siguientes documentos legales en los que se señala puntualmente el manejo de medicamentos controlados:

- LGS.
- FEUM. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud.
- RIS.
- RPSAM.

Se espera que en el área de farmacia tengan conocimiento de estos documentos, que las funciones que realizan se apeguen a lo establecido en ellos; por ejemplo en el caso de la dispensación de medicamentos estupefacientes se establece que el responsable de realizar esta función es el Químico Farmacéutico o equivalente, egresado de las escuelas de educación superior con título y cédula profesional, capacitado para esta función. Si no cumple con este perfil, el personal no debe realizar esta función.

2. Carácter formal de las comunicaciones:

La burocracia es una organización unida por comunicaciones escritas. Las reglas, decisiones y acciones administrativas se formulan y registran por escrito. De ahí el carácter formal de la burocracia: todas las acciones y procedimientos se encaminan a garantizar la comprobación y la documentación adecuadas. También los actos administrativos son registrados por

escrito, con lo cual se asegura la existencia de una historia que permita hacer interpretaciones uniformes de ellos cuando las circunstancias lo requieran.

3. Carácter racional y división del trabajo:

Se refiere a la profesionalización que cada miembro de la organización tiene con respecto al puesto que desempeña, y si ésta ayuda a alcanzar objetivos determinados en la organización.

La burocracia se caracteriza también por la división sistemática del trabajo, es decir, una división de las funciones de cada participante, los medios para implementar las normas y las condiciones necesarias. En la organización burocrática cada participante tiene una esfera de trabajo organizada en lo que se llama la descripción del cargo. La descripción de cada cargo indica qué es necesario hacer, qué tanto poder tiene el empleado y cuáles son sus deberes y limitaciones. En una organización el trabajo se asigna dividiendo a personas o grupos de personas con actividades específicas y luego al agruparlas, por su homogeneidad dan origen a los departamentos o unidades de una empresa, donde diferentes personas o grupos se encargan de labores especiales como: adquisición y suministro de materia prima, fabricación de partes, almacenamiento, ventas, control de inventarios, contabilidad, etc.

Para este trabajo se hizo un análisis de la cantidad de personas y el tipo de trabajo que cada una desempeña dentro de la farmacia de acuerdo al puesto que tienen, si cada uno tiene responsabilidades específicas, si a cada persona se le asignan tareas similares con el mismo nivel de responsabilidad. De acuerdo al puesto que tienen se revisó el propósito fundamental de éste, sus deberes y responsabilidades, su educación, adiestramiento y experiencia, etc.

4. Impersonalidad de las relaciones:

La distribución de actividades es impersonal, es decir, se desarrolla en términos de cargos y funciones, y no de las personas involucradas, cuya administración no considera a las personas como tales, sino como individuos que desempeñan cargos y cumplen funciones. La impersonalidad de actos, radica en no tener preferencia por relaciones de afecto u odio dentro del trabajo, no tomar en cuenta el género, religión, color de piel, etc. para asignar las funciones dentro de la organización. Se busca así evitar la arbitrariedad del superior y proveer

una forma de defensa del subordinado.

5. Jerarquía de la autoridad:

La burocracia establece los cargos según el principio de jerarquía. Cada cargo inferior debe estar bajo el control y la supervisión de uno superior. Ningún cargo queda sin control o supervisión. De ahí la necesidad de la jerarquía de la autoridad para fijar las jefaturas en los diversos niveles de autoridad, los cuales constituyen la estructura jerárquica en la organización. La autoridad es inherente al cargo y no al individuo específico que lo desempeña de modo oficial. De acuerdo a las jerarquías en una organización; las decisiones son tomadas en los altos mandos y la responsabilidad de ejecutarlas corresponde a los niveles inferiores. Por lo tanto al estructurar la autoridad habrá por ejemplo un gerente general responsable de la empresa en su totalidad. Para cada grupo de actividades, habrá un jefe como puede ser: jefe de adquisiciones y suministros, de planta, de almacén, de ventas, etc.

La jerarquización representa a la organización como una pirámide en cuya cúspide está la autoridad máxima, la cual se va distribuyendo en grados hacia abajo. En la cúspide de la pirámide se ubica al gerente, seguido por los siguientes cargos en una empresa: subgerente, jefes, subjefes, oficinistas, obreros y auxiliares.

6. Rutinas y procedimientos estandarizados:

La burocracia fija reglas y normas técnicas para el desempeño de cada cargo. Quien desempeña un cargo no puede hacer lo que quiera, sino lo que la burocracia le impone. Las reglas y normas técnicas regulan la conducta de quien ocupa cada cargo, cuyas actividades deben ejecutarse con las rutinas y procedimientos fijados por aquellas. Todas las actividades de cada cargo se desempeñan según estándares definidos con claridad, en los cuales cada conjunto de acciones se relaciona fundamentalmente con los propósitos de la organización, de modo ideal. Estos estándares facilitan la evaluación rápida del desempeño de cada participante.

Si la organización trabaja con procesos estandarizados, por ende las actividades que ahí se desempeñan deben ser ejecutadas de manera uniforme; de tal forma que si un empleado sale de la organización o es cambiado de cargo, un nuevo empleado sea capaz de realizar el trabajo de la misma forma. Mediante normas técnicas busca la eficiencia, ya que en las organizaciones

tecnificadas, cada operación se ejecuta bajo ciertos métodos descritos previamente, lo cual requiere que el operario esté capacitado para realizarlos correctamente. Al estructurar los procesos para cada función, por ejemplo, el proceso de compras y suministros, se seguirán por ejemplo los pasos siguientes: investigar oferta de materia prima, cotizar precios, hacer pedidos, recibir y almacenar, suministrar, etc.

7. Competencia técnica y meritocracia:

La burocracia basa la selección de las personas en el mérito y la competencia técnica, y no en preferencias personales. La admisión, transferencia y promoción de funcionarios se fundamentan en criterios de evaluación y clasificación válidos en toda la organización, y no en méritos particulares y arbitrarios. Dichos criterios son criterios universales, toman en cuenta la competencia, el mérito y la capacidad del empleado con relación al cargo.

8. Especialización de la administración:

Este punto se refiere a que la burocracia se basa en la separación de la propiedad y la administración. Generalmente quien administra una empresa no es el dueño de la misma. En las grandes empresas los dueños son, generalmente, personas distintas de quienes las administran. Por eso se hace cada vez más urgente la formación de administradores que se desempeñen como funcionarios de la administración sin ser los propietarios de la empresa. Con esto se puede afirmar que los miembros de la organización no son los dueños o propietarios de la empresa, ni de los recursos necesarios que utilizan para realizar sus funciones.

9. Profesionalización de los participantes:

La burocracia se caracteriza por la profesionalización de sus participantes, cada funcionario es un profesional. La especialización y la profesionalización se hacen indispensables en las organizaciones; los empleados y trabajadores se seleccionan con base en los méritos y en la especialidad que tienen, con lo cual se asegura un alto rendimiento. La existencia de normas y requisitos favorecen la selección, reclutamiento, promoción y transferencia de los funcionarios dentro de los cargos de la organización.

10. Completa previsión del funcionamiento:

El objetivo de la burocracia es prever el comportamiento de sus miembros. El modelo burocrático de Weber parte de la suposición de que el comportamiento de los

miembros de la organización es perfectamente previsible, donde todos los funcionarios deberán comportarse de acuerdo con las normas y reglamentos de la organización para que alcance la máxima eficiencia posible. Así al apegarse a los métodos y normas establecidas se eliminan variaciones del comportamiento y aseguran su continuidad independientemente de las personas a ser remplazadas. Al determinar métodos de control para regular el comportamiento de los empleados y los procesos, por ejemplo el control de horarios de trabajo, de calidad, de ventas, de presupuestos, etc., se establecen con el fin de prever con anticipación todas las situaciones y sistematizar su ejecución para que el sistema alcance la máxima eficiencia.

En conclusión se puede decir que la teoría burocrática es la más apropiada para actividades organizacionales rutinarias particularmente en organizaciones grandes y complejas donde la productividad es el objeto principal. Donde la mejor manera de organizar radica en que todo lo que se hace debe estar por escrito y todo lo que está escrito debe de hacerse.

1.2.4 Teoría de la Investigación Evaluativa

De acuerdo con Martínez¹⁵ el término "investigación evaluativa" aunque da mayor seriedad a los estudios, no es claro para diferenciar estos dos conceptos. Así explica, que ambos son modos de investigación sistemática que producen algo comprobable y que permite explicar la naturaleza de los datos, la fuente y el contexto en el que fueron recogidos; así como los procesos de transformación de los datos en información (interpretaciones, conclusiones, extrapolaciones, recomendaciones, etc.) Ambos tipos de actividad pueden ser de carácter aplicado; pero en el caso de la evaluación siempre es aplicado, ya que su finalidad es solucionar un problema o dar respuesta a una necesidad en concreto.

Por otro lado la finalidad principal de la investigación es construir un nuevo conocimiento, mientras que en la evaluación es la mejora, es decir, rendir cuentas del estado actual de los hechos y proponer acciones de mejora para el futuro. Por lo tanto la evaluación tiene un sentido de respuesta y depende de un contexto específico. Mientras que los destinatarios primarios de la investigación son grupos abstractos de la comunidad científica, los de la evaluación son grupos y personas concretas, agentes críticos al problema a evaluar. Con respecto a los agentes, los investigadores y evaluadores requieren capacidades

de alguna manera diferenciada; la capacidad de los investigadores requiere tener conocimientos básicos sobre la metodología y exhaustivos sobre el sector que investiga. Los evaluadores necesitan de conocimiento sobre el sector sobre el que se evalúa no debe ser tan exhaustivo y puede ir desarrollándose a lo largo del proceso.

Para Lerma¹⁶ la investigación evaluativa es el proceso que consiste en dar un juicio sobre una intervención empleando métodos científicos. Mediante ella se evalúan los recursos, los servicios y los objetivos de la intervención dirigidos a la solución problemática y las interrelaciones entre estos elementos, con el propósito de ayudar a la toma de decisiones.

Comprendiendo por intervención a un conjunto de actividades que reconocen la utilización de medios físicos, humanos y financieros, organizados de manera coherente en el tiempo con el fin de modificar una situación (problemática).

En la investigación evaluativa se pueden hacer seis tipos de análisis: estratégico, de intervención, de productividad, de efectos, de rendimiento y de implantación.

La manera en que esta teoría se aplicó al presente trabajo, es que ayudó a explicar cómo a partir de una investigación diagnóstica sobre cómo se está llevando en la práctica uno de los servicios más importantes del área de farmacia, que es el de dispensación de medicamentos controlados, se evaluará el nivel de apego que hay en este proceso con respecto a lo que marca la legislación sanitaria. A partir de ese diagnóstico se identificaron las principales problemáticas existentes y se propusieron acciones de mejora, lo cual es la finalidad primordial de una evaluación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁷ establece algunas consideraciones para enfatizar la necesidad de evaluar los sistemas farmacéuticos y la manera de hacerlo:

Una evaluación sistemática del sistema farmacéutico constituye un requisito previo para trazar planes de cambio en alguno de los procesos de la cadena de abasto del sector farmacéutico. Generalmente las evaluaciones de este sector pueden hacerse desde cuatro objetivos clave:

1. Diagnosticar la aparición de problemas en el sistema.
2. Planear un proyecto.
3. Supervisar un cambio en el sistema.

4. Comparar los beneficios producidos por el sistema de suministros con los de otros sistemas.

Toda evaluación del sistema farmacéutico debe estar formalmente estructurada, tal y como lo señala García Núñez citado por la OPS¹⁷ argumentando que "Una persona que, tras revisar rápidamente un proyecto, comenta sobre la marcha su opinión del proyecto, no está evaluándolo, simplemente, formula observaciones. Observaciones cuestionables no deben utilizarse como base para la toma de decisiones. Las evaluaciones deben realizarse siguiendo pautas y procedimientos específicos. Si no existe una estructura reconocida a partir de la que se puedan extraer conclusiones, los resultados de la evaluación carecen de credibilidad."

Los dos métodos más comunes de la evaluación del sistema farmacéutico son la evaluación estructurada integral y la limitada.

La evaluación estructurada integral contempla el diagnóstico de posibles problemas, se busca la identificación de las causas que lo originan, el acopio de información se hace a través de revisión de documentos, entrevistas con informadores clave (personas más enteradas de la situación, ya que constituye la manera más rápida de averiguar los problemas urgentes siempre y cuando estén dispuestos a discutir los problemas abiertamente de manera sincera, sin miedo a represalias), grupos focales y encuestas familiares, recogida de datos a partir de registros existentes y observación prospectiva.

Para reunir los datos se utilizan instrumentos de encuesta preimpresos tales como cuestionarios estructurados que le dan un carácter normalizado a la investigación. En el caso de las entrevistas éstas pueden ser no estructuradas en las cuales el investigador se basa en su propia experiencia para hacer preguntas adecuadas y asegurarse que no se omitan temas importantes. En las estructuradas el entrevistador utiliza un formulario de encuesta escrito que relaciona las preguntas más importantes y la información cualitativa y cuantitativa a solicitar.

Uno y otro formato tienen ventajas y desventajas; siendo responsabilidad del investigador decidir cuál es más útil para su trabajo. Por lo que respecta a los registros, la recopilación de datos debe darse en condiciones en que éstos se encuentren bien organizados, completos y actualizados, ya que de lo contrario la información puede ser deficiente por lo cual se recomienda buscar

otros métodos de acopio.

Otras teorías que apoyan este trabajo para explorar los factores que determinan el nivel de apego a la legislación sanitaria son: la teoría del comportamiento, la teoría de la decisión y la gestión de recursos humanos (específicamente en el apartado de motivación del personal) de acuerdo a lo que señala la OPS. Las cuales se describen a continuación.

1.2.5 Teoría del comportamiento

Chiavenato⁷ define al comportamiento como “la forma en la que un individuo o una organización actúan o reaccionan en sus interacciones con su ambiente y en respuesta a los estímulos que de éste reciben”.

Este autor plantea después de revisar varias teorías relacionadas con el comportamiento y las relaciones humanas que el administrador necesita conocer las necesidades del personal de la organización para poder comprender mejor su conducta y utilizar la motivación como un medio poderoso para mejorar la calidad de su desempeño dentro de las organizaciones.

Otra de las teorías del comportamiento que apoya esta investigación por contemplar la motivación del personal es la citada por Chiavenato⁷ y propuesta por Herzberg conocida como “teoría de los dos factores”, ésta como su nombre indica explica que el comportamiento del personal se ve influenciado por dos tipos de factores:

- Higiénicos o extrínsecos (no satisfactorios): Aquellos que conforman el ambiente y las condiciones dentro de las cuales realiza su trabajo el personal, es decir, son factores en los cuales el personal no puede influir ya que tiene que ver con las decisiones tomadas por la empresa tales como sueldo, supervisión, beneficios sociales, condiciones físicas y ambientales del trabajo, clima organizacional, reglamentos internos, etc. Herzber considera que cuando estos factores “son excelentes únicamente evitan la insatisfacción de los empleados pero no provocan la satisfacción”.
- Motivacionales, o factores intrínsecos: son los relacionados con las funciones que el personal realiza. Involucra sentimientos de crecimiento individual, reconocimiento profesional y autorrealización.

1.2.6 Teoría de la decisión

Chiavenato⁷ la define como el “proceso de análisis y

elección entre las alternativas disponibles de cursos de acción que la persona debe seguir”.

Las decisiones que toma el personal de una organización, son con base en diferentes alternativas a las que están expuestos los empleados y tomadores de decisiones. De acuerdo con Chiavenato⁷ las decisiones se pueden clasificar en dos tipos: 1) racionales las cuales se toman en función de lo que el tomador de decisiones percibe y conoce, 2) de racionalidad limitada que contempla los aspectos que el personal no percibe o no conoce pero que en realidad existen, y sin embargo no interfieren en sus decisiones.

Este autor señala que el proceso de decisión depende de tres características:

1. Personales del tomador de decisiones.
2. La situación en que está involucrado.
3. Como percibe la situación.

Además considera seis etapas del proceso de decisión:

1. Percepción de la situación que involucra algún problema.
2. Análisis y definición del problema.
3. Definición de los objetivos.
4. Búsqueda de alternativas más adecuadas al alcance de objetivos.
5. Evaluación y comparación de alternativas.
6. Implementación de la alternativa seleccionada.

Chiavenato⁷ señala que si la presión en el trabajo es muy fuerte puede que el personal elimine o no realice adecuadamente las etapas tres, cinco y siete.

1.3 Marco Jurídico

El presente trabajo tiene fundamento jurídico en una serie de documentos legales que indican de manera específica como debe ser el manejo y dispensación de medicamentos controlados (estupefacientes y psicotrópicos) tanto por personal médico como el de farmacia; señalados a continuación:

- LGS¹⁸.
- FEUM¹⁹. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud.
- RIS²⁰.
- RPSAM²¹.

Debido a que en esta investigación se le dará mayor énfasis al manejo de los medicamentos controlados en el área de farmacia, a continuación se presenta su definición de acuerdo con la señalada en la FEUM, en la cual se entiende como todo “establecimiento que se dedica a la comercialización de especialidades farmacéuticas, incluyendo aquellas que contengan estupefacientes y psicotrópicos, insumos para la salud en general y productos de perfumería, belleza y aseo”¹⁹:

De acuerdo con la FEUM, los medicamentos se definen como “toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Cuando un producto contenga nutrientes, será considerado como medicamento, siempre que se trate de un preparado que contenga de manera individual o asociada: vitaminas, minerales, electrolitos, aminoácidos o ácidos grasos, en concentraciones superiores a las de los alimentos naturales y además se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos, preventivos o rehabilitatorios”¹⁹.

Desde hace mucho tiempo, la clasificación de los medicamentos utilizados en farmacia de acuerdo a su procedencia o modo de preparación es la siguiente:

- De patente: son los preparados por un laboratorio, patentados con un nombre comercial para distribución y venta.
- Medicamentos magistrales: son aquellos que se preparan en un establecimiento con línea de actividad autorizada, por un profesional farmacéutico, conforme a la fórmula prescrita por un médico³.
- Medicamentos oficinales: son aquellos preparados en un establecimiento con la línea de actividad autorizada, por un profesional farmacéutico, de acuerdo a lo establecido en la FEUM.

La preparación de medicamentos oficinales y magistrales sólo podrá efectuarse en casos en que el medicamento requerido no exista en el mercado, ya sea por dosis, por forma farmacéutica y para pacientes en condiciones especiales.

En este caso los medicamentos que se manejan en el área de farmacia del CECan son de patente.

A continuación se describe de manera general qué son los medicamentos controlados (estupefacientes y

psicotrópicos), y algunas de las medidas de control con respecto a lo establecido en los dos documentos de mayor importancia jurídica que se manejan para este estudio, la LGS y la FEUM.

De acuerdo con lo que señala el artículo 193 del Código Penal Federal, se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la LGS, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia²².

Un narcótico o estupefaciente es una sustancia medicinal que, por definición, provoca sueño y, en la mayoría de los casos, inhibe la transmisión de señales nerviosas asociadas al dolor. El grupo de los narcóticos comprende gran variedad de drogas con efectos psicoactivos, aunque terapéuticamente no se usan para promover cambios en el humor, como los psicotrópicos, sino por otras propiedades farmacológicas: analgesia, anestesia, efectos antitusivos, etc.

Las sustancias psicotrópicas (del griego psyche, “mente” y tropein, “tornar”) son compuestos naturales o sintéticos, cuyos efectos se manifiestan particularmente en el sistema nervioso central y que, por su perfil de acción farmacológica, poseen la capacidad de crear estados de abuso o dependencia que llevan al sujeto al consumo recurrente²³, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Los psicotrópicos en medicina son utilizados para el tratamiento de condiciones neurológicas o psiquiátricas (psicofármacos).

De acuerdo a lo señalado en la LGS, se consideran medicamentos estupefacientes, los citados en el artículo 234, los medicamentos psicotrópicos de acuerdo a la LGS en relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias, son aquellos considerados en el listado presentado en el artículo 245.

De acuerdo a lo que establece la LGS en el artículo 226, los medicamentos que se consideran controlados, para su venta y suministro al público, se clasifican en tres grupos en relación con las medidas de control y vigilancia que éstos requieren por los efectos que provocan en la población y son los siguientes:

I. Estupefacientes (Grupo I). Medicamentos que sólo pueden adquirirse con receta o permiso especial,

expedido por la Secretaría de Salud, de acuerdo a los términos señalados en el Capítulo V de este Título.

II. Psicotrópicos (Grupo II) Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica que deberá retenerse en la farmacia que la surta y ser registrada en los libros de control que al efecto se lleven, de acuerdo con los términos señalados en el capítulo VI de este título. El médico tratante podrá prescribir dos presentaciones del mismo producto como máximo, especificando su contenido. Esta prescripción tendrá vigencia de treinta días a partir de la fecha de elaboración de la misma.

III. Psicotrópicos. (Grupo III) Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica que se podrá surtir hasta tres veces, la cual debe sellarse y registrarse cada vez en los libros de control que al efecto se lleven. Esta prescripción se deberá retener por el establecimiento que la surta en la tercera ocasión; el médico tratante determinará, el número de presentaciones del mismo producto y contenido de las mismas que se puedan adquirir en cada ocasión.

Dichos medicamentos sólo pueden ser expedidos si el establecimiento cuenta con la licencia sanitaria que lo acredite como droguería, farmacia o botica autorizada para suministrar al público medicamentos que contengan estupefacientes o sustancias psicotrópicas de acuerdo a lo señalado en el artículo 227 bis de la LGS.

La FEUM específicamente en el capítulo X, de dispensación de medicamentos, en el apartado A, hace mención de los aspectos que deben ser tomados en cuenta para la venta de medicamentos controlados, describiéndolos como medicamentos de venta con receta (Grupos I, II, III) que requieren de una prescripción médica que cumpla con los requisitos establecidos en la legislación sanitaria vigente. Se debe leer la prescripción y asegurarse de un correcto surtido. Cuando existan dudas fundadas sobre la validez de la receta o que no estuviese clara, el medicamento (o insumo) no debe dispensarse y el Responsable Sanitario debe informar del hecho al médico que aparece en la receta, en caso necesario, en especial en el manejo de medicamentos controlados (psicotrópicos y estupefacientes) se deberá notificar por escrito a la Secretaría de Salud.

La FEUM en su capítulo XI, dedicado a medicamentos controlados describe su clasificación, como ya se ha mencionado en el artículo 226 de la LGS en grupos y la forma en que deben ser manejadas las recetas

correspondientes de acuerdo a su utilidad terapéutica y al riesgo que representan a la salud, debido a que los medicamentos estupefacientes y psicotrópicos son susceptibles de ser usados para fines diferentes a los prescritos por el médico. Por esa razón la responsabilidad por la posesión de medicamentos controlados recae en quien los tiene en su poder, por lo tanto siempre se debe contar con los documentos originales que comprueben su procedencia y su tenencia legítima, la cual debe conservarse por tres años. Este último punto también se retoma en el artículo 45 del RIS, en el cual especifica que la guarda y custodia de medicamentos, que sean o contengan estupefacientes y psicotrópicos.

Para la prescripción de medicamentos estupefacientes de acuerdo a lo señalado en el artículo 240 de la LGS, capítulo XI de la FEUM y artículo 50 del RIS, sólo están autorizados para expedir recetas: médicos cirujanos, médicos veterinarios, cuando los prescriban para la aplicación en animales, y cirujanos dentistas, para casos odontológicos. Los pasantes de medicina, durante la prestación del servicio social, podrán prescribir estupefacientes, con las limitaciones que la Secretaría de Salud determine.

Los recetas utilizados para la prescripción de estupefacientes poseen características especiales que son señaladas en el artículo 241 de la LGS, la más sobresaliente es que debe presentar, para su control, un código de barras asignado por la Secretaría de Salud.

Las recetas utilizadas para medicamentos psicotrópicos de grupo II y III sólo deben cumplir con ciertos requisitos establecidos en la FEUM y son los siguientes: fecha, nombre y edad del paciente, inscripción, es decir, nombre genérico y denominación distintiva, dosis del medicamento, intervalo de dosificación, presentación y vía de administración, evitando abreviaturas porque su uso provoca errores frecuentes y datos del médico: (Nombre, número de la cédula profesional, domicilio completo, la especialidad (en su caso), así como el nombre de la institución que emitió su título profesional y firma autógrafa). En el caso de recetas para instituciones públicas deberán contar con los requerimientos ya señalados y contener otros datos como: clave del Cuadro Básico, clave del médico y ubicación del paciente en el hospital (servicio, número de cama y número de expediente).

La FEUM dedica a este tema, el capítulo X, en él se define a la dispensación como el acto mediante el cual el Profesional Farmacéutico proporciona uno o más medicamentos a un paciente (generalmente como

respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado) informándole y orientándole sobre su uso adecuado.

Entre los elementos principales de la dispensación que se mencionan en este capítulo son: la calidad del medicamento, las características para su venta, la información, la promoción del uso racional de los mismos, el área de atención, la documentación necesaria, el personal de apoyo, ética, vestimenta e identificación del personal de farmacia y la importancia de la actualización de los conocimientos de manera constante.

También se mencionan los requisitos para la dispensación, son las siguientes:

1. Vestimenta e identificación.
2. Actualización de los conocimientos.
3. Recepción del usuario.
4. Identificación del medicamento de acuerdo al grupo que pertenece en la LGS.
5. Ratificación o rectificación de la receta.
6. Surtido de medicamento.
7. Información al paciente.

En general existen una serie de lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud en diferentes documentos para el manejo de medicamentos controlados a los cuales es necesario apegarse ya que toman en consideración el riesgo que representen para la salud pública, por su frecuente uso indebido, tal y como se señala en el artículo 253 de la LGS.

1.4 Argumentación empírica

A nivel internacional se han realizado diferentes estrategias plasmadas a través del tiempo para regular el manejo de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, ejemplos de éstas son: la Convención única sobre estupefacientes de 1961, el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971 y la Convención de 1998 entre otras. En países como Costa Rica se han establecido medidas muy estrictas en cuanto al manejo de este tipo de medicamentos debido a que en los últimos años han aumentado los problemas de narcotráfico y drogadicción, por lo cual la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA), evalúan las condiciones prevalcientes en el marco de control y fiscalización de estupefacientes y psicotrópicos.²⁴

Debido a las medidas de control que se han establecido

a nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que es necesaria la reglamentación farmacéutica, además de aplicarla en todos los niveles para asegurar que los productos se ajusten a normas aceptables de calidad, seguridad y eficacia y que todos los locales y prácticas empleadas para fabricar, almacenar y distribuir medicamentos garantizan su conformidad continuada con dichas normas hasta el momento de ser entregadas al usuario final.¹⁷

Se han desarrollado diferentes estudios a nivel internacional sobre la revisión de la legislación y reglamentación sanitaria en materia de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, también se han encontrado algunos estudios diagnósticos y de intervención que abarcan alguna etapa del proceso de dispensación de medicamentos, desde la prescripción, solicitud de medicamentos, recepción, almacenamiento, venta, etc. en los cuales se han determinado las principales problemáticas, sus causas y se han hecho recomendaciones de mejora en algunos casos y en otros se han realizado intervenciones a corto y mediano plazo sobre la causa detectada como de mayor problemática. En todos los casos en los que hay alguna falla en alguna etapa del proceso de dispensación lo que ha generado es un problema en la disposición final de estos medicamentos hacia los pacientes. Cabe destacar que entre los estudios encontrados existen pocas experiencias documentadas sobre este tema en el área de farmacia y el manejo de estupefacientes y psicotrópicos, ya que la mayoría se enfocan a ensayos clínicos y no hacia los procesos administrativos.

A continuación se presentan experiencias internacionales en las que se han estudiado las principales bases legales y los principales problemas del proceso de dispensación de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, así como otros casos en general.

Se encontraron dos experiencias cubanas: Barreiro y cols.²⁵ hacen un análisis y recopilación del material legal relacionado con la expedición y uso de algunas sustancias tóxicas en ese país incluyendo los medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, la finalidad del estudio fue señalar la importancia que tiene para el personal de salud (médicos, enfermeros, estudiantes, directivos y otros profesionales de la Salud Pública) el manejo de este tipo de sustancias bajo lo que establece la ley, por los efectos que éstas producen pueden ser utilizadas con fines no médicos, hacen mención de la importancia de este tema a nivel internacional y a través del tiempo ya

que desde 1909 con la firma del "Convenio Internacional del Opio" se pretendía buscar una normativa en el comercio y distribución de sustancias psicoactivas, tema que hasta nuestros días es de gran importancia debido a que en muchos países a pesar de todas las bases legales establecidas, se ha incrementado el desvío de estas sustancias, la última medida internacional que refiere es la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1998.

En el estudio se refiere que se realizó una revisión del código penal con especial énfasis en el capítulo V de delitos contra la Salud Pública y artículos en los que se establecen las medidas legales para el manejo de estos medicamentos, así como la revisión de la Ley 41 o Ley de Salud Pública la cual sustenta todas las normativas establecidas referentes a cualquier problema en el sistema de salud; la Ley 139 y las medidas complementarias redactadas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) la cual hace énfasis en el almacenaje, seguro bajo llave y custodia de estas sustancias, existencia de stock mínima y conteo diario de las existencias, tipo de recetas utilizadas, y apertura de expediente de consumo para los pacientes que las utilizan. Concluye que espera esta revisión y resumen sea útil como herramienta de consulta para el personal de salud.

Sansó²⁶ explica como en una de las etapas del proceso de dispensación que es la prescripción en muchas ocasiones se han dejado de lado las normas, leyes y regulaciones que la acompañan; debido a que en la época actual en la práctica de la prescripción se han adoptado vicios que se han arraigado en la población y en los profesionales de la salud, por lo cual considera importante analizarlos y debatirlos para hacer conciencia y erradicarlos; entre los principales vicios que presenta el personal de salud con respecto a esta práctica menciona los siguientes: expedir la receta en muchas ocasiones si un conocido la solicita para un familiar enfermo, sin consultar al paciente o sin conocer al solicitante, arriesgando así la salud del enfermo o fomentando el lucro. Expedir recetas y dar medicamentos a los pacientes sólo por que los reclaman en consulta aunque el médico sepa que no los necesita en ese momento.

Menciona el artículo, que el acto de prescripción o consulta no es propio de realizarse en la calle y que actualmente si un médico encuentra al paciente y solicita una receta generalmente la expide en ese momento. Otra práctica común es que los trabajadores de la farmacia han adquirido el hábito de solicitar recetas a los médicos sin consulta previa y muchas

veces sin un motivo conocido, y esto puede fomentar el lucro o acaparamiento de recetas. Otro problema que se detecta en la práctica es que los médicos den sus recetarios, acuñados o incluso firmado por ellos a las enfermeras, quienes no están facultadas para la prescripción de medicamentos, y que pueden hacer mal uso de las recetas o darlas para satisfacer a los pacientes o aliviar la consulta.

El autor hace especial énfasis y la recomendación de que vale la pena estudiar y definir la magnitud de los fenómenos que describe, y trazar estrategias de cambio, entre ellas menciona que no se debe de expedir receta alguna si no se examina al paciente. A sus pacientes en control, expedir recetas de manera mensual para reevaluar su estado de salud y educar al paciente que debe acudir a consulta. Capacitar de manera constante a todo el personal de salud involucrado en la práctica de prescripción incluyendo médicos, enfermeras, farmacépidemiólogos, administradores de farmacia, profesores, etc. Además a la par de la capacitación, se deben determinar las necesidades de aprendizaje del personal y se deben establecer controles más estrictos para la práctica de prescripción.

Jiménez L.²⁷ realizó en Costa Rica un estudio sobre los principales errores en el proceso de dispensación de medicamentos en el servicio de farmacia en un período de cuatro meses (febrero-junio 2000), comenzó con una fase diagnóstica para identificar las principales causas que originaban los errores apoyándose con la Metodología del Mejoramiento de la Calidad Continua (MMC) utilizó la técnica de la matriz decisional para identificar los problemas de interés; otorgó puntos del 1 al 5, en escala del menos grave al peor. Consideró el impacto, costo, importancia y posibilidad de cambio. Una vez hecho esto seleccionó el problema con mayor puntuación de acuerdo a la percepción del personal para ver si el problema identificado en verdad requería una intervención, el resultado obtenido fue que el problema más relevante eran errores cometidos durante el proceso de dispensación de medicamentos. Una vez identificado el problema hubo una segunda fase en la que el personal de farmacia identificó los principales errores que lo causaban clasificándolos si consistían en los procesos, recurso humano, ambiente, equipo o por factores externos, infraestructura física, equipo obsoleto. Aportando su opinión al respecto. Los errores identificados fueron: error en la indicación de la etiqueta según prescripción médica (46% uso de clave incorrecta), conteo incorrecto del número de unidades de medicamentos de acopio (16%),

etiqueta impresa que no correspondía al medicamento (14%), ausencia de etiquetas con indicaciones especiales para el usuario (8%) y nombre del paciente escrito de manera errónea (6%).

Posterior a ese análisis se procedió a hacer una matriz de propuestas de soluciones en la cual participaron todos los empleados, resultaron las siguientes alternativas de solución: Cambio de actitud del personal sobre su forma de trabajar, redefinición de sus funciones para disminuir la probabilidad de cometer errores, reestructuración física y acondicionamiento del servicio de farmacia, incrementar el recurso humano tanto profesional como técnico, etc. a cada una de las propuestas también se les asignó un rubro del 1 al 5 siguiendo los de viabilidad, impacto, posibilidad económica y posibilidad de realización. Al final de este análisis de causas y errores el personal decidió actuar sobre la mayoría de los puntos identificables.

El proyecto de intervención de este autor de acuerdo a los resultados que obtuvo fue iniciar un proceso de capacitación del recurso humano en cuestiones técnicas y relaciones humanas. Después de la implementación del curso se realizó una evaluación post- evaluación la cual reflejó que los errores disminuyeron en 57.7% en comparación con el conteo inicial. Con esta intervención el autor concluye que hay múltiples factores que contribuyen o inducen a los errores en el proceso de dispensación de medicamentos, por lo cual propone implementar Sistemas de Calidad para detectar de manera oportuna los errores, sistematizar controles y mejorar los procedimientos realizados durante el servicio para que se logre entregar de manera correcta los medicamentos a los pacientes. Además los empleados requieren de condiciones adecuadas para trabajar bien, estar constantemente capacitados y tener un buen ambiente laboral para impulsar y mejorar su trabajo.

En España también se han realizado estudios referentes a los procesos de dispensación de medicamentos. Un ejemplo es el estudio descrito por Llodrá V. y cols.²⁸ consistió en la acreditación de un Servicio de Farmacia en la Fundación Hospital Manacor, este proceso de acreditación surge por la necesidad del hospital de potenciar la participación de tres de sus servicios centrales, el departamento de anatomía patológica, sistemas de información y farmacia, este último al igual que el resto de los servicios es una parte clave en la interrelación con las demás áreas del hospital, cuyo objetivo es brindar un buen servicio a los pacientes para que reciban los medicamentos necesarios

para su curación. El servicio de farmacia se acreditó siguiendo la norma ISO 9002. durante este proceso de acreditación se revisaron las funciones básicas del servicio: selección de medicamentos ágil, actualización de la Guía Farmacoterapéutica del hospital, disponibilidad de los tratamientos para las diversas patologías atendidas, gestión de existencia de medicamentos, brindar información sobre cualquier duda planteada por el resto del personal o los pacientes, revisión para que todos los procesos más importantes de ese servicio se encontraran perfectamente descritos y documentados.

Durante este proceso participaron directivos, jefes de departamento y el resto del personal implicado. Al hacer la revisión de todas las actividades realizadas en la farmacia se estableció cuáles eran las necesidades este servicio de acuerdo a lo que marca la norma ISO 9002 la cual establece que todo lo que se hace debe estar plasmado en un documento, resultó que era necesario contar con un Manual de Procedimientos y un Manual de Instrucciones, los cuales quedaron bajo la responsabilidad del jefe de farmacia para su elaboración, quien debería incluir objetivos y procedimientos específicos en cada área del proceso. Dichos manuales se realizaron y se construyeron indicadores para medir las diferentes actividades, detectar los errores a tiempo antes de que éstos repercutan en la atención de los pacientes; se establecieron los procedimientos de investigación de las causas, acciones y medidas tomadas por los responsables para asegurar la eliminación de errores. En conclusión los autores señalan que haber trabajado bajo un esquema de Calidad Total, fue una experiencia muy importante y enriquecedora que forma parte de una nueva cultura en los servicios, debido a que mediante este modelo las actividades quedan claramente protocolizadas, se registra lo que se realiza, se comprueba lo que se hace correctamente y lo que no, esto ayuda a mejorar cada día.

En México no se han realizado muchos estudios enfocados a la revisión de la documentación legal en los procesos farmacéuticos, ni a cómo se llevan a cabo los procesos operativos en las farmacias, hasta el momento en esta revisión se encontraron dos estudios uno de ellos describe los principales puntos para una propuesta de modernización de regulación sanitaria en este país, cuya finalidad fue proponer acciones para mejorar los servicios y el fomento a la salud realizado por Juan M.²⁹ quien hizo un análisis de la documentación que solicita el Departamento de Regulación Sanitaria para otorgar los permisos: registros, licencias, producción de bienes y servicios, exportación, así como personas responsables

para ciertos establecimientos y funciones como el responsable en las farmacias y boticas para manejo de psicotrópicos y estupefacientes. Concluyó que se deben hacer varios cambios para actualizar los mecanismos de regulación y control sanitario, acordes con la nueva dinámica nacional, todo con la finalidad de mejorar el fomento y protección de la salud de la población.

El segundo estudio fue realizado por Burgos³⁰ en una farmacia privada para identificar cuáles eran los principales problemas que se presentaban en las diferentes funciones realizadas; encontró la principal problemática en los procesos de recepción, almacenamiento y control de inventario, lo cual repercutía en no identificar oportunamente los medicamentos próximos a caducar para su devolución, así como desconocimiento del proceso legal para su destrucción. Por lo cual se decidió hacer un manual de procedimientos para que los medicamentos estuvieran ordenados de acuerdo al principio de primeras entradas, primeras salidas, se realizó una prueba piloto durante un período de tres meses y los resultados reflejaron una mejora en el acomodo, identificación de los medicamentos por los empleados para realizar las devoluciones a tiempo, no venderlos, así como una disminución en las pérdidas económicas por medicamentos caducos existentes en la farmacia.

Como podemos apreciar, ambos estudios realizados en nuestro país no dan respuesta a qué tanto se cumple lo estipulado en la legislación sanitaria y otros documentos legales sobre el manejo de estupefaciente y psicotrópicos, sigue habiendo un vacío en el conocimiento por lo cual se justifica la elaboración de este trabajo para determinar si la legislación o reglamentación actual es llevada en la práctica en las instituciones de salud, en este caso en un hospital público de segundo nivel como el CECan.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 El planteamiento del problema

El problema de esta investigación se refiere al apego a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados, dicho tema ha sido una preocupación a nivel internacional, ya que desde hace muchos años organismos internacionales han establecido mecanismos de regulación y fiscalización de estupefacientes y psicotrópicos con la finalidad de garantizar su disponibilidad a quienes realmente lo necesitan.

Esta investigación se centró en una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, la número seis "Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública" Ya que en ésta se señala que se debe fiscalizar y regular que las actividades realizadas en las instituciones de salud se lleven a cabo de forma oportuna, correcta, congruente y completa, cumpliendo con el marco reglamentario de salud con el fin de proteger la salud pública.

Tal y como indica la teoría burocrática de Weber la importancia de que existan leyes y reglamentos, en este caso farmacéuticos radica en que la sociedad requiere operar de acuerdo con algún conjunto de reglas conocidas por todos. Las reglas, en este caso enfocadas a los medicamentos, deben estar asentadas por escrito. Dado que en las funciones que se llevan a cabo en torno a los medicamentos, intervienen muchas organizaciones y diferente personal; las leyes deben establecer claramente las funciones, responsabilidades y derechos de cada una de ellas, desde los médicos, auxiliares, enfermeras y los farmacéuticos, hasta los importadores, fabricantes y distribuidores.

*"El grado de falta de cumplimiento de una ley o reglamentación puede sugerir no sólo la necesidad de tomar medidas frente a los responsables, sino también de identificar las causas de la falta de cumplimiento: ésta puede tener relación con defectos técnicos de la ley o enunciado o con problemas operativos de su aplicación que se pueden resolver. Para facilitar cualquier revisión necesaria, el personal responsable de aplicar la legislación farmacéutica debería de informar de manera periódica sobre su percepción de cómo funciona la ley y los tipos de problemas encontrados. Muchas provisiones legislativas y de reglamentación pueden mejorarse y actualizarse cuando la legislación es lo suficientemente flexible como para permitir modificaciones por el organismo de reglamentación"*¹⁷.

La finalidad de esta investigación fue llevar a cabo una evaluación y análisis del apego que tiene el personal de salud a las regulaciones sanitarias establecidas en: leyes, reglamentos y normas que guían la dispensación de medicamentos controlados; los cuales se han establecido con la finalidad de evitar riesgos en la salud de los usuarios y para que el personal de salud ofrezca servicios con calidad.

La evaluación dentro de una organización facilita la

identificación oportuna de los problemas o errores en los procesos y en las funciones que realiza el personal, de tal forma que los resultados que arroje la evaluación permitan realizar correcciones de manera oportuna.

2.2 Justificación

¿Cómo se relaciona la investigación con las prioridades de la región o del país?

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012³¹ en la estrategia uno, referida a fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios las acciones específicas, que se plantean son las siguientes:

- Revisar y actualizar el marco normativo en materia de regulación, control y fomento sanitario, para que con base en un criterio de riesgo y los diagnósticos permanentes que se formulen, se fortalezca y se simplifique.
- Asegurarse que los establecimientos que prestan atención médica cumplan con la reglamentación vigente para prevenir y controlar los riesgos asociados a la prestación de servicios de salud. Además de actividades como vigilancia y control de riesgos sanitarios generados por deficiencias en la infraestructura, funcionamiento o capacidad técnica del personal de los servicios de salud.
- Elaborar permanentemente diagnósticos de riesgos sanitarios a fin de identificar los riesgos emergentes y no emergentes que deberán ser atendidos a través de acciones regulatorias y de fomento sanitario.
- Mantener actualizadas las estrategias para el análisis de los riesgos sanitarios a los que se enfrenta la población y establecer las acciones que deberán ser incorporadas a los proyectos que para su atención opera el Sistema Federal Sanitario en materia de: seguridad y eficacia de medicamentos e insumos para la salud.
- Con el fin de atender los retos sanitarios relacionados con la producción, prescripción y uso de medicamentos se pretende desarrollar acciones tales como: fortalecer las acciones de vigilancia en farmacias

públicas y privadas^d con la finalidad de que dispensen medicamentos correspondientes del grupo I al IV sólo ante la presentación de la receta médica debidamente requisitada. Debido a que los lineamientos legales que rigen su funcionamiento aplican por igual al evaluar el funcionamiento y organización de una farmacia ya sea pública o privada.

Otro punto por el cual es importante evaluar el manejo de este tipo de medicamentos se indica en "Hacia una política farmacéutica integral en México 2007"³² claramente señala que para garantizar el uso racional de los medicamentos en los hospitales es necesario establecer medidas de control que garanticen el derecho de los pacientes a la mejor terapia. El control debe hacerse de forma previa a la utilización del medicamento, especialmente en la prescripción o en la dispensación ya que en ambos casos si no se cumple con lo establecido en la ley se puede dar el abuso o desvío de este tipo de medicamentos hacia canales ilícitos.

La importancia de su control radica en que este tipo de medicamentos pueden causar adicción o usarse en combinación con otras drogas. Los medicamentos que son considerados como controlados son agrupados en tres fracciones del artículo 226 de la LGS, la fracción I comprende medicamentos estupefacientes, las fracciones II y III psicotrópicos.¹⁸

A pesar de la importancia que tiene el estudio de cómo se está llevando el control de este tipo de medicamentos, de acuerdo a los estudios disponibles en este tema, a pesar de que se buscaron en diferentes fuentes tales como: Revistas Médicas Cubanas, Revista Fármacos, Revista Farmacia Hospitalaria, Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas, Salud Pública de México, Revista digital de la Universidad Autónoma de México (UNAM), así como en bibliotecas virtuales científicas como: biblioteca virtual en salud en el buscador general y de manera específica las páginas de México, Cuba, Colombia y España, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Medline, SciELO,

^d Las farmacias pueden ser públicas o privadas, entre las principales diferencias que existen entre estas es sin duda el tipo de financiamiento ya que las farmacias públicas dependen del presupuesto que se le destina al hospital en el que se encuentren adscritas, además que no recibe una ganancia por los medicamentos o insumos que entrega a la población, sólo en ocasiones se manejan cuotas de recuperación. En lo que respecta a las farmacias privadas, estas se financian por los ingresos que genera su actividad, y su fin primordial es la comercialización de los medicamentos o insumos para la salud¹⁷.

FUNSAIUD, entre otras y sin embargo, no se encontraron evidencias de qué tanto apego hay a la legislación sanitaria en materia de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, sólo los casos que se exponen en el apartado de marco empírico.

Además al acudir a la Subdirección de Evidencia y Manejo de Riesgos, de la Secretaría de Salud y solicitar información al respecto, se comentó que si bien es cierto que algunas instituciones de salud llevan un buen control basándose en lo establecido en la ley y los reglamentos internos de las instituciones, también se sabe que en varias instituciones públicas no existe un apego total a la legislación, sin embargo, no existe un sustento documental al respecto.

Por lo cual se consideró de vital importancia que al no existir gran evidencia empírica de este tema a nivel internacional, nacional y mucho menos estatal, la presente investigación ayudará a aportar información valiosa en este vacío del conocimiento. Desde el inicio de esta investigación se pensó en que si los resultados de esta investigación comprobaban un nivel de apego a la legislación sanitaria vigente: nulo o regular, se evaluarían los factores que están determinando este comportamiento, y en qué punto de todo el proceso se está fallando.

¿Por qué realizar el estudio en el CECan?

En el Estado de Veracruz, y específicamente en la ciudad de Xalapa las instituciones públicas de segundo nivel que manejan medicamentos controlados son: en la Secretaría de Salud, el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV), el Hospital Civil Dr. Luis F. Nachón y el Centro Estatal de Cancerología (CECan) "Dr. Miguel Dorantes Mesa" y el Hospital de Salud Mental (Psiquiátrico); en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Hospital General de Zona número once (IMSS-HGZ-11) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la Clínica Hospital de Xalapa. Si bien en todas se maneja este tipo de medicamentos, las que brindan el servicio de clínica del dolor son: en la ciudad de Xalapa el CECan y en la ciudad de Veracruz el IMSS Centro Médico "Adolfo Ruiz Cortines" también conocido como "Unidad Médica de Alta Especialidad".³³

Respecto a saber cuál es el hospital que mayor volumen de medicamentos controlados maneja, se necesita información que no se proporciona fácilmente.

Una razón por la cual el CECan fue seleccionado para esta investigación, es que en Xalapa es el único hospital público que cuenta con el servicio de la clínica del dolor utilizando ahí diferentes tipos de medicamentos opiáceos como tratamiento, los cuales son muy importantes para el paciente, ya que mejoran su calidad de vida.³⁴

La importancia de realizar el presente trabajo en el área de farmacia del CECan, es porque dicho hospital es de concentración, recibe pacientes del Estado y de otros cinco estados del Sur del país,³⁵ maneja una cantidad considerable de medicamentos controlados, los cuales se utilizan en diferentes áreas, el mayor número de ellos se utiliza en: terapia intensiva, anestesiología, quirófano y en la clínica del dolor.

Además debido a la importancia que tiene este tipo de medicamentos por los riesgos que representan para la salud, se requiere identificar si el personal de farmacia o técnicos que trabajen en esta área, llevan los controles establecidos para la solicitud, resguardo, manejo y dispensación tanto de estupefacientes como psicotrópicos, además saber si conocen todos los lineamientos que implica el manejo de éstos, de acuerdo a lo que señala la legislación vigente, y si están orientando y dando la información necesaria al paciente o usuarios que los solicita en el servicio de farmacia.

¿Qué conocimiento o información se obtendrá?

Al realizar esta investigación evaluativa, se obtendrá un diagnóstico sobre el nivel de apego (satisfactorio, regular, nulo) del personal de salud a la legislación sanitaria vigente en el manejo de medicamentos controlados en un establecimiento que presta atención médica como el CeCan, ya que es muy importante que se lleve un estricto control debido a los riesgos que estos medicamentos implican para la salud.

¿Cuál es la finalidad que se persigue con el conocimiento que brindará el estudio?

Identificar el nivel de apego del personal de salud a la legislación sanitaria vigente en el manejo y dispensación de medicamentos controlados, así como del servicio de farmacia en el CECan. En caso de encontrar un nivel de apego a la legislación sanitaria vigente, nulo o regular, se buscarán las posibles causas y problemas que lo originan y realizar propuestas de mejora a directivos y recomendaciones al personal de salud involucrado en el manejo de dichos medicamentos.

¿Cómo se utilizarán los resultados y quienes serán los beneficiarios?

Los resultados servirán para conocer el nivel de apego con el que se cumple la reglamentación vigente en el manejo de medicamentos controlados en el área de farmacia del CECan. Ya que es necesario garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos controlados en todos los procesos involucrados desde la prescripción, solicitud, resguardo, dispensación hasta su entrega al paciente. Los beneficiados serán: los directivos del hospital para mantenerse informados de cómo se realizan algunas funciones en el área de farmacia, los trabajadores de esa área y de otras con las que se relacionen directamente, si hay áreas con oportunidades de mejora identificarlas y junto con el personal darle seguimiento a las propuestas y recomendaciones para ejecutarlas y resolverlas, pero sobre todo beneficiar a los pacientes para que obtengan sus medicamentos en tiempo y forma para cumplir con uno de los propósitos primordiales de este servicio que es el de surtir todas las recetas y medicinas para pacientes internados y de consulta externa conforme lo marca la ley, sin poner en riesgo la salud de los mismos.

Con los resultados de esta investigación, se podrán tomar medidas para mejorar los puntos clave en los que se esté fallando en el manejo de medicamentos controlados. Al corregir a tiempo dichos fallos se mejorará en diversos aspectos, tales como:

- Calidad. La Institución estuvo en un proceso de Certificación (de la cual aún no tienen el dictamen), entre la documentación que se revisó están los manuales de organización y los manuales de procedimientos. Al detectar fallas o vacíos en los mismos en esta investigación se harán sugerencias y propuestas de mejora para que pueda la Institución en dado caso de no certificar, mejorar para que en visitas posteriores logre salir bien evaluada en caso de que se tome en cuenta al departamento de Farmacia. Además al cumplir con los manuales de acuerdo a lo indicado en la ley, y darlos a conocer entre el personal, se puede lograr un nivel de apego razonable a las normas establecidas.
- Económico. Se evitaren las sanciones o incluso multas por parte de las autoridades correspondientes de acuerdo a lo que señalan los artículos 417, 419, 422 – 427, 436 y 437 de la LGS y los artículos 53-56 de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores

Públicos.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de apego a la legislación y reglamentación sanitaria en el proceso de dispensación de medicamentos controlados, en el área de farmacia del CECan y qué factores lo condicionan?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar y analizar el nivel de apego a la legislación y reglamentación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados del servicio de farmacia del CECan y determinar qué factores lo condicionan.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de apego del personal de farmacia en la dispensación de medicamentos controlados con respecto a la legislación y reglamentación vigente en salud.
- Identificar el nivel de apego del servicio de farmacia a los requisitos marcados en la legislación sanitaria para el manejo de medicamentos controlados.
- Determinar los factores que condicionan el apego del personal a la legislación y reglamentación vigente para el proceso de dispensación de medicamentos controlados.

4 METODOLOGÍA

4.1 Paradigma

Este trabajo se inscribe en el paradigma positivista ya que describe el nivel de apego a la normatividad y reglamentación sanitaria en el proceso de dispensación de medicamentos controlados; y busca conocer cual es su relación con las causas que lo originan.

También se ubica en el paradigma funcionalista ya que en esta perspectiva la sociedad se considera como una red de grupos que cooperan y operan en forma sumamente ordenada, de acuerdo con una serie de reglas y valores compartidos por la mayoría de los miembros³⁶. Se estudia en este trabajo si todos los actores sociales involucrados en el proceso de dispensación de medicamentos controlados, cooperan y operan con dicho orden.

En cuanto a las corrientes metodológicas, se considera un trabajo cuantitativo ya que se hará un cotejo entre lo que establecen las políticas legales, leyes y reglamentos actuales en salud con lo que se está realizando en la práctica en lo que respecta a la dispensación de medicamentos controlados en el área de farmacia de un hospital de segundo nivel como el CECan. Para conocer cuáles son los factores que determinan el nivel de apego a las leyes y reglamentos sanitarios por parte de todos los empleados involucrados en el proceso de dispensación de medicamentos controlados, se realizarán encuestas, utilizando como instrumento cuestionarios de preguntas cerradas, abiertas y afirmaciones con escala tipo Likert. Uno dirigido al personal de farmacia y otro dirigido a los médicos. En el caso del personal de farmacia se cuenta con un apartado en el que se plantean los principales factores que menciona la teoría del comportamiento de Herzberg pueden influir en el apego a sus funciones tales como el sueldo, la supervisión, condiciones físicas y ambientales del trabajo, relación entre los empleados, crecimiento individual, reconocimiento profesional, autorrealización, etc.

4.2 Diseño

De acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, este trabajo es observacional, sólo se observará la situación y los fenómenos sin alterar su curso.³⁷

Un estudio observacional a su vez de acuerdo a la finalidad del estudio puede ser descriptivo o analítico, en este caso se trata de un estudio analítico ya que evaluará y describirán las posibles causas y efectos, así como se analizará sus asociaciones. La evaluación consiste en dar un juicio sobre algo empleando métodos científicos. Se pueden evaluar los recursos, los servicios, sus objetivos, etc. y las interrelaciones entre estos elementos, con el propósito de ayudar a la toma de decisiones.

De acuerdo a lo que señala una de las teorías que apoya este trabajo que es la "investigación evaluativa" se pueden hacer seis tipos de análisis: estratégico, de la intervención, de la productividad, de los efectos, del rendimiento y de la implantación.

Ejemplo:

- Estudio sobre el efecto del nivel de apego a la ley y reglamentación sanitaria vigente del proceso de dispensación de medicamentos controlados puede

verse influenciado por el no cumplimiento del perfil del puesto del personal de salud.

Por otro lado Bernal C. y cols.³⁸ Señalan que el método analítico es un proceso que consiste en descomponer un objeto de estudio separando cada una de las partes del todo para estudiarlas en forma individual. En este trabajo el objeto de estudio es el apego a la legislación y reglamentación del proceso de dispensación de medicamentos controlados, separando al proceso de dispensación de medicamentos controlados en cada una de sus etapas desde la prescripción del médico hasta la entrega del medicamento al paciente, para estudiarlas de manera individual y ver en que parte del proceso se cumple con el apego y en que partes del proceso no se cumple, (frecuencia con la que ocurre, quiénes, dónde y cuándo se está presentando el fenómeno a lo largo del proceso de dispensación).

Se comenzará estudiando el efecto (variable dependiente) que en este caso sería el apego a la legislación y reglamentación sanitaria vigente; y se intentará identificar el factor que lo ocasiona (variable independiente) que para este trabajo son los factores que determinan el comportamiento que condiciona el nivel de apego por parte del personal de salud.

En este tipo de investigación se determinará qué parte de la población en estudio (personal médico y de farmacia) presenta determinado nivel de apego a la legislación regular, nulo, y está expuesta a un factor asociado a ese problema (ejemplo no cumplir con el perfil del puesto).

Por ejemplo:

- Se puede determinar si el no cumplimiento del perfil del puesto de los empleados es un factor que influye en el comportamiento del no apego a la legislación y reglamentación sanitaria vigente.
- Se puede determinar si el nivel de estudios influye en el comportamiento del no apego a la legislación y reglamentación sanitaria vigente.
- Según Méndez³⁹ y cols. un estudio observacional, de acuerdo con la secuencia temporal, puede ser transversal o longitudinal; para los fines que persigue este estudio es transversal, ya que la información se obtuvo en un momento determinado, haciendo una sola medición con cada instrumento.

4.3 Universo

El universo contemplado originalmente para este trabajo es de 20 prestadores de servicio (médicos de la clínica del dolor, médicos del área de anestesiología y quirófano, el responsable sanitario de la farmacia, jefe de farmacia, auxiliar de farmacia, despachadores, jefe de adquisiciones y jefe de recursos materiales) que se encuentran ubicados dentro de las áreas correspondientes en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa", de Xalapa, Veracruz (Ver tabla 3).

Tabla 3. Personal de Salud involucrado en el manejo de medicamentos controlados identificados por área, cargo y horario en que laboran

Área	Cargo	Horario
Clínica del Dolor	Médico Especialista (1)	08:00-15:30
	Médico Especialista (1)	14:00-21:30
Anestesiología y quirófano	Medico especialista (4)	08:00-16:00
	Médico Especialista (2)	14:00-21:30
Farmacia	Encargado de farmacia (1)	07:00-15:00
	Administrativo (jefe) (1)	08:00-15:00
	Administrativo (auxiliar) (1)	08:00-15:00
	Despachadores (3)	08:00-15:00
	Despachadores (2)	16:30-23:00
	Despachador – jornada acumulada (1)	Sábados, domingos y días festivos.
	Responsable Sanitario	08:00-16:00
	Jefe de adquisiciones	08:00-16:00
Jefe de Recursos Materiales	08:00-16:00	
Total del personal de salud involucrado en el manejo de medicamentos controlados	20	

Fuente: Fuente directa. Departamento de Recursos Humanos. CECan. 23 de octubre 2008.

Tiempo: El levantamiento de la información se contempla llevarlo a cabo a partir del mes de febrero del 2009 al mes de mayo del mismo año, al personal de salud involucrado en el manejo de medicamentos controlados, en sus respectivas áreas en el CECan.

Persona: Se trabajará con dos unidades de análisis:

- Las características que debe reunir el servicio de farmacia para el manejo de medicamentos

estupefacientes y psicotrópicos, lo cual dependió de las fuentes documentales como libros y recetas que se consideran como fuentes de información secundaria.

- Otra unidad es el personal de salud involucrado en el manejo de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos: dieciocho prestadores de servicios de salud. Distribuidos de la siguiente manera:

4.4 Muestra

Debido a que son pocas personas las que se encuentran relacionadas con el manejo de medicamentos controlados, no se obtuvo muestra se trabajará con el universo completo que son prestadores de servicios indicados en la tabla 3. En cuanto a recetas también se trabajara con el universo constituido por 934 en total (668 del grupo I y 226 del grupo II)

Criterios de Inclusión:

- Todos los médicos que están autorizados en el CECan para expedir recetas de narcóticos o estupefacientes.
- Todos los médicos que están autorizados en el CECan para expedir recetas de psicotrópicos.
- Todo personal del Servicio de Farmacia del CECan, cuyas funciones se encuentren de alguna forma relacionadas con el manejo de medicamentos controlados.
- Todo personal del departamento de Recursos Materiales del CECan, cuyas funciones se encuentren de alguna forma relacionadas con el manejo de medicamentos controlados.
- Todo personal del departamento de Adquisiciones del CECan, cuyas funciones se encuentren de alguna forma relacionadas con el manejo de medicamentos controlados.
- Que la persona desee participar voluntariamente en el estudio.
- Criterios de Eliminación
- Que la persona no quiera participar en el estudio, o habiendo participado no conteste completo el cuestionario.
- Que la persona se encuentre de vacaciones o de permiso al momento de aplicar el cuestionario.

4.5 Definición de las variables

Variable

Nivel de apego del personal de salud (médico y del servicio de farmacia) a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados.

Definición conceptual

El nivel de apego del personal de salud a la legislación sanitaria vigente, se refiere al grado de cumplimiento con el que se realizan las diferentes actividades o funciones en materia de medicamentos controlados, obedeciendo las disposiciones legales establecidas en leyes, decretos, reglamentos, normas, manuales, etc.⁶

Para efectos de este estudio se consideró como legislación sanitaria vigente a la LGS (artículos 226, 227 bis, 234, 240-245, 251, 252 y 253), la FEUM "Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud", Tercera edición 2005 (capítulos XI, X y XI), RIS (artículos del 28 al 33, 45,46,50,51,52, 53,54,58,59,60,124, 125,127 y 128), el RPSAM (artículos 64, 65, 89, 90 y 95).

Definición operacional

Para efectos del presente trabajo se considera que existe un nivel de apego del personal de salud del servicio de farmacia a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados, con cumplimiento satisfactorio, cuando al sumar los porcentajes obtenidos en la evaluación final de todas las dimensiones y subdimensiones de las diferentes actividades y requisitos necesarios en materia de medicamentos controlados alcanzaron un porcentaje de 80-100%, con cumplimiento regular o parcial entre 60-79%, cumplimiento nulo al obtener 59% o menor.

Para fines de este estudio la variable nivel de apego del personal de salud médico y del servicio de farmacia a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados, se agrupó en cuatro dimensiones:

1. Dispensación

De acuerdo con lo señalado en la FEUM "Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud", "la dispensación es el acto Profesional Farmacéutico que consiste en proporcionar uno o más medicamentos a un paciente (generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado), informándole y orientándole sobre el uso adecuado de los medicamentos". Entre los principales elementos que deben

tomarse en cuenta para evaluar los procedimientos^e de una buena dispensación son entre otros: el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, influencia de los alimentos sobre el posible resultado del tratamiento, interacción con otros medicamentos, reconocimiento de las reacciones adversas potenciales y condiciones de conservación del producto.

2. Documentación legal⁴⁰

Son todos aquellos documentos que contienen información para controlar las operaciones, proceso y actividades relacionadas con el manejo de medicamentos controlados, los cuales son considerados como indispensables en la legislación sanitaria vigente para que se puedan dispensar dichos medicamentos. Los documentos a analizar son: licencia sanitaria, Aviso de Responsable Sanitario, ejemplar vigente del Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud, de la FEUM, organigrama actualizado, etc. Documentación técnica.⁴⁰

Evidencia documentada considerada como necesaria en el servicio de farmacia, tal es el caso de: manuales (que describan los procesos^f necesarios para el manejo de medicamentos controlados de manera clara y detallada), constancias (que avalen que el personal está capacitado para realizar las funciones que su puesto implique) y formatos de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM). Todos los documentos mencionados deben estar archivados de tal forma que el personal tenga acceso a ellos de manera fácil y rápida. Cada uno de estos elementos fue tomado como una subdimensión.

3. Características específicas en el manejo de Medicamentos controlados⁴⁰

Son todas aquellas características relacionadas de manera directa con el manejo de medicamentos controlados que se evalúan en cualquier servicio como farmacia, que se encarga de la venta o distribución de

^e Procedimiento: Es "la gestión del proceso". En administración el proceso es el conjunto de pasos y principios, y procedimiento es la gestión, es decir, la ejecución y utilización de esos principios.

^f Proceso: Es la secuencia de pasos necesarios para realizar una actividad. Al hablar de manuales, son aquellos que recopilan las instrucciones para realizar una actividad, es decir, el manual es una recopilación de procesos.

los mismos. Las características que se tomarán en cuenta para este estudio son: registro de entradas y salidas de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, resguardo de los medicamentos controlados respetando las Primeras Entradas Primeras Salidas (PEPS), Recetas con código de barra autorizados por la Secretaría de Salud (para estupefacientes), etc. Cada subdimensión se señala a detalle en las tablas dieciocho a la veintisiete y se describe como se evaluará cada una, utilizando una escala que va de 2 (cumplimiento satisfactorio), 1 (cumplimiento regular), y 0 (cumplimiento nulo).

Otro instrumento que se utilizará para medir el nivel de apego además de la lista de cotejo es un cuestionario dirigido al personal de farmacia en el cual se enlistan las principales funciones que deben realizar los empleados al dispensar un medicamento, se pregunta con que frecuencia lo hacen tomando como escala: siempre asignándole un valor de dos, a veces (1) y nunca (0). Posteriormente se analizó si concordaba lo que el personal contestó con lo que en verdad realiza en la práctica ya que se aplicó la lista de cotejo para ver si realiza esas.

Para estudiar la otra variable de este trabajo, la cual se refiere a los factores que determinan el nivel de apego del personal de salud a la legislación sanitaria vigente, su definición conceptual es la siguiente: se consideró como factores a aquellos elementos que rodean a las personas, y los propios de su sentir dentro de la organización, y que influyen en su comportamiento, así como en las funciones que realiza.⁴¹ Por lo cual la definición operacional quedó de la siguiente forma: para esta investigación se consideraron como elementos que rodean a las personas las diez características descritas en la teoría de la burocracia (que el personal se apegue al las normas y reglamentos, que exista evidencia del carácter formal de las comunicaciones, que la división del trabajo sea equitativa para todos, que las relaciones laborales sean de tipo impersonal, que exista evidencia que está bien definida la jerarquía de la autoridad, que las rutinas y procedimientos se encuentren estandarizados, que la elección del personal sea con base a sus méritos, que el personal relacionado con la dispensación de medicamentos controlados sea personal con el perfil adecuado o especializado en la materia), que si se cumplieran en su totalidad el apego por parte del personal sería satisfactorio. La forma en la que se midieron fue mediante un cuestionario dirigido al personal de farmacia en el cual se evalúan las diez características de la teoría de la burocracia.

Sin embargo, para explorar otro tipo de factores que influyen en el comportamiento del personal para apegarse o no a lo establecido en la legislación sanitaria, como puede ser los factores extrínsecos e intrínsecos que describe la teoría de Herzberg dentro de una organización, tales como: sueldo, supervisión, relación entre el personal, condiciones físicas y ambientales, realización profesional, etc. se incluyó un apartado destinado a explorar dichos factores en el cuestionario dirigido al personal de farmacia donde se aplicará una escala de Likert la cual consiste en una serie de preguntas cuyas respuestas son una serie de afirmaciones, cada una expresando una actitud ya sea favorable o desfavorable. Las escalas de Likert requieren una respuesta graduada en cada afirmación, que se expresa en términos de las siguientes categorías: totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo-ni en desacuerdo, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Para calificar la escala, las opciones de respuesta se acreditan como 5, 4, 3, 2 o 1 que van de lo más favorable a lo desfavorable.⁴²

Una vez evaluadas las respuestas se clasificarán de acuerdo a: si estos factores explican la falta de apego, explorando si se trata de causas relacionadas al proceso, al recurso humano, al ambiente, externos, infraestructura, equipo obsoleto, u otras que expresara el personal, tal y como lo hizo Jiménez L²⁶ en su estudio "Errores en el proceso de dispensación de medicamentos". Dicho instrumento contempló algunos aspectos tales como: características del puesto, antigüedad en el mismo, si han tenido experiencia previa en puestos similares, el ambiente que rodea al personal para realizar sus funciones, explorar cuales son los documentos legales que conocen, si los utilizan o no, si consideran que la distribución de las actividades que desarrollan es la justa, o si perciben que existen preferencias dentro de su área laboral, etc. Cada uno de los factores que pueden relacionarse con el nivel de apego, serán explicados de acuerdo con la teoría burocrática y las teorías del comportamiento y de la decisión.

4.6 Técnica de obtención de datos

4.6.1 Presentación y descripción de los mecanismos, las técnicas e instrumentos empleados para la recolección de la información

El tipo de fuente de los datos que se recabarán para esta investigación es de dos tipos: primaria (información proporcionada por el personal de salud) y secundaria (documentos tales como recetas, libros de control, etc.)

En la elaboración del diseño metodológico de esta investigación, se determinaron las técnicas a utilizar para analizar el nivel de apego a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados, eligiendo la observación como la técnica ideal para este estudio ya que al referirse al registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los datos de acuerdo con un esquema previsto, es de gran importancia porque permite obtener datos cuantitativos, al observar características y condiciones de los individuos, conductas, actividades, características o factores ambientales. En este caso se observarán las características que tiene el departamento de farmacia, se realizará la revisión de fuentes secundarias de datos como son libros de control y recetas, ya que dichos documentos pueden ampliar la comprensión de la investigación, además de ver como los prestadores de servicio de dicha área realizan sus funciones en lo que respecta al manejo de medicamentos controlados, y compararlo con un esquema previsto que sería lo que señala la legislación sanitaria vigente.

Una vez seleccionada la técnica a utilizar se determinaron los instrumentos de recolección y registro de datos son los siguientes:

- Lista de cotejo: El diseño de dicha lista se basó en la utilizada por los verificadores sanitarios de la Secretaría de Salud (SSA) para verificaciones de farmacias, realizando algunas adaptaciones, como en el apartado de dispensación de medicamentos para que el instrumento en verdad mida lo que se desea en esta investigación. Con este instrumento se facilita el levantamiento del cumplimiento de cada una de las dimensiones y subdimensiones relacionadas con el nivel de apego.
- Otra técnica que se utilizará en esta investigación es el censo, la información se recolectará utilizando como instrumento un cuestionario el cual consiste en una serie de preguntas cerradas y afirmaciones medidas con escala de Likert, dicho cuestionario consta de una lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que se está estudiando. La intención es obtener un perfil compuesto de la población en estudio.

4.6.2 Descripción del instrumento utilizado para la recolección de la información

La lista de cotejo que se utilizará será aplicada por una sola persona, en este caso la responsable de esta investigación. La lista de cotejo se divide en cuatro

dimensiones y éstas a su vez en subdimensiones que se explican de forma breve a continuación:

1) Documentación legal:

- Licencia Sanitaria que especifique la autorización para manejar estupefacientes y psicotrópicos, se encuentre a la vista del público y se cuente con copias debidamente resguardadas.
- Aviso de Responsable Sanitario a la vista del público y se cuente con copias debidamente resguardadas.
- Convenio escrito entre el Responsable Sanitario y el establecimiento, del horario de asistencia del primero adecuado para cumplir las obligaciones establecidas en el Reglamento de Insumos para la salud.
- Cuenta con un ejemplar vigente del Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud, de la FEUM.
- Cuenta con organigrama actualizado.

2) Documentación técnica:

- Procedimientos Normalizados de Operación (PNO) para las operaciones relacionadas a las actividades que realizan.
- Programa de capacitación al personal.
- Constancia de conocimientos del PNO.
- PNO para surtido y venta de medicamentos.

3) Dispensación de medicamentos:

- Vestimenta e identificación: uso de bata blanca e identificación por parte del personal, para realizar la dispensación de medicamentos.
- Actualización de los conocimientos: evidencia de que el personal ha recibido capacitación por parte de instituciones especialistas en el área.
- Recepción del usuario, saludarlo y presentarse amablemente.
- Identificación del medicamento de acuerdo al grupo al que pertenece en la LGS: identificación del grupo al que pertenece el medicamento solicitado por el paciente y revisión de la receta correspondiente en cuanto al cumplimiento de los requisitos legales establecidos.
- Ratificación o rectificación de la receta: cuando el Profesional Farmacéutico o Responsable Sanitario se comunique con el médico prescriptor cuando se sospeche algún problema relacionado con la receta.

- Surtido de medicamento: localizar el medicamento y asegurarse de que el nombre comercial, la forma farmacéutica, la presentación y concentración, corresponda a lo indicado en la prescripción y que se encuentre en condiciones correctas de conservación y vigencia.
- Información al paciente: explicar con claridad al paciente, familiar o persona responsable del cuidado del mismo, la importancia de la información que le proporciona el etiquetado y el instructivo. Así como: el efecto terapéutico esperado, dosis o cantidad de medicamento a administrar, vía de administración, número de veces al día, horario y cómo debe administrarse el medicamento, en caso prescripción múltiple, orientar al paciente en la elaboración de un horario que evite la administración simultánea de medicamento, previa comunicación con el médico, duración del tratamiento indicado, precauciones durante su utilización, conservación adecuada del medicamento y los efectos secundarios más frecuentes.

4) Medicamentos controlados (psicotrópicos y estupefacientes):

- Registro de entradas y salidas de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos.
- Resguardo de los medicamentos controlados respetando las PEPS.
- Verificación por el Responsable Sanitario de la recepción, registro, manejo y control de medicamentos estupefacientes y/o psicotrópicos.
- Recetas con código de barra autorizados por la Secretaría de Salud (para estupefacientes).
- Libros de control o sistema de registro electrónico para medicamentos psicotrópicos, separados en grupos I, II y III, autorizados por la Secretaría de Salud (Subdirección Ejecutiva de Regulación de Estupefacientes Psicotrópicos y Substancias Químicas de la COFEPRIS).
- Libros de control sin tachaduras enmendaduras o borrones.
- Balance de medicamentos correcto en los libros de control.
- Recetas que amparen el manejo de medicamentos controlados con los requisitos contemplados en la LGS (los datos de quien prescribe, nombre y domicilio completo, número de cédula profesional, firma e indicación terapéutica).
- Recetas prescritas que cuenten con nombre comercial y/o nombre del genérico, cantidad y presentación del medicamento, dosis y vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento, fecha de prescripción.
- Gaveta con llave para el almacenamiento de medicamentos controlados.
- Aviso de previsiones de compra-venta de medicamentos estupefacientes.
- Factura de adquisición de los medicamentos controlados por lo menos de 3 años anteriores a la fecha de la evaluación.
- Resguardo de facturas y recetas de medicamentos controlados por lo menos de 3 años anteriores a la fecha de la evaluación.

Recabar dicha información dividida en dimensiones y a su vez en subdimensiones es con la finalidad de que el instrumento facilite el levantamiento de la información, así como la posterior captura y análisis de datos relacionados con el nivel de apego.

El cuestionario dirigido al personal de farmacia contiene una breve introducción en la que se menciona el objetivo de la investigación, al igual que las instrucciones del mismo. El cuestionario consta de 64 preguntas, dividiéndolo en cuatro apartados:

- El primero enfocado a solicitar los datos generales del empleado como: nombre, edad, cargo, antigüedad en el puesto y en la institución.
- El segundo explora las diez características de la teoría de la burocracia de la pregunta ocho a la 31, siendo en su mayoría respuestas dicotómicas (Si / No), aunque también incluye algunas respuestas abiertas.
- El tercero enfocado a determinar los factores del comportamiento de acuerdo a lo que señala Herzberg en su teoría del comportamiento, explorándolos desde el ítem 32 al 44, este apartado consiste en una serie de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide el dictamen de los empleados. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su opinión eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones, la escala que se está utilizando como ya se mencionó es la de Likert y las respuestas van de: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3), en desacuerdo (2), totalmente en desacuerdo (1)⁴³.
- El cuarto va encaminado a evaluar lo que el personal dice que realiza al dispensar un medicamento, para después compararlo con la evaluación de la lista

de cotejo. Las preguntas que corresponden a este apartado van de la 45 a la 64, (de la 45 a la 54 las respuestas se evalúan con una escala que va de siempre (2), a veces (1), nunca (0)). Del ítem 55 al 64 son una serie de afirmaciones en las que se evalúan con escala de Likert.

El otro cuestionario que se aplicará a los médicos, contiene una breve introducción en la que se menciona el objetivo de la investigación, al igual que las instrucciones del mismo, originalmente constaba de 28 afirmaciones, después del piloteo quedó en 36, cuyas opciones de respuesta son dicotómicas de falso y verdadero, el tema en el que giran es acerca de los principales requisitos que deben contener las recetas expedidas para medicamentos controlados que ellos prescriben de acuerdo a lo que señala la LGS en sus artículos 226, 240, 241, 251 y 252. Para calificarlo constará el número de aciertos que contesten correctamente entre el número de reactivos totales multiplicado por 100.

4.7 Plan para establecer la validación de los instrumentos

Cada uno de los instrumentos elaborados para esta investigación fueron presentados en diferentes clases (grupales en el módulo de gestión, en las del área disciplinar), en las cuales los docentes del instituto y compañeros realizaron observaciones pertinentes, las cuales ya fueron incluidas en cada uno de ellos.

La lista de cotejo es un instrumento validado, se obtuvo del que señala la farmacopea y del acta de visita de verificación para farmacias utilizada por los Servicios de Salud de Veracruz (SESVR), cabe aclarar que el instrumento no fue copiado íntegro, sino que se le hicieron algunas modificaciones y agregaron otros apartados^g como "dispensación de medicamentos", esto con la finalidad de abordar de manera más detallada algunos procesos. Se eliminaron también varios apartados de la lista de cotejo original que mide aspectos más generales como los relacionados a instalaciones, recepción y acomodo de productos pertenecientes a los otros grupos de medicamentos, registros de temperatura, limpieza y

equipos ya que se enfocan más a medicamentos de red fría, etc. Al haber sometido el instrumento final a revisión con grupo de expertos (docentes y tutora) se hicieron nuevamente observaciones que enriquecieron la forma y el contenido de la lista por lo cual se considera que este instrumento tiene validez de contenido y constructo.

Con respecto al cuestionario elaborado para el personal de farmacia lo primero que se hizo fue definir conceptual y operacionalmente las variables del problema de investigación, se dimensionaron y subdimensionaron en algunos casos, se establecieron las fuentes de las cuales se obtendría la información, las escalas de medición e indicadores; con dicha información y se elaboraron las preguntas del cuestionario para el personal de farmacia, el cual se dividió en cuatro apartados ya mencionados con anterioridad para medir el nivel de apego y los posibles factores que pueden determinar el mismo. Posteriormente este cuestionario fue sometido a la revisión de los tutores y docentes de la materia de Salud Pública del Área de Administración.

Tanto la lista de cotejo, así como los dos cuestionarios fueron sometidos en el mes de marzo a una última revisión por la Responsable Estatal de Insumos para la Salud y la Líder Estatal de Farmacovigilancia ya que conocen la lista de cotejo original, y conocen el tema que se abordó en esta investigación, esta revisión se hizo antes de la aplicación de la prueba piloto para determinar la confiabilidad y validez de constructo de los instrumentos, además de lo ya mencionado para incluir cualquier sugerencia hecha por los expertos. Después de la validación de expertos, a la lista de cotejo se le agregaron algunos puntos (revisión de Manual de Procedimiento, revisión de los requisitos de recetas de estupefacientes y psicotrópicos), además que se cambió la escala de calificación a cumplimiento satisfactorio, regular y nulo. Ya que originalmente además de los mencionados se tenía cumplimiento mínimo, lo cual haría más difícil el momento de asignar valores a los puntos a evaluar.

En el caso del cuestionario que se aplicó a los médicos, se revisó la LGS, y se identificaron los artículos en los que señala y describe a detalle los requisitos que son de carácter obligatorio en las recetas de medicamentos controlados, posteriormente se estableció una serie de afirmaciones por medio de las cuales se evaluó qué tanto los médicos conocen la obligatoriedad de estos requisitos en las recetas que ellos expiden. Este cuestionario fue revisado por la tutora de este proyecto y se incluyeron las observaciones y correcciones realizadas. Dicho

^g Nota: Los apartados que se anexaron y los modificados fueron con base a los documentos legales correspondientes: LGS, FEUM Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud. Tercera Edición, Reglamento de Insumos para la Salud y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

cuestionario fue sometido a su vez a revisión de expertos (en este caso médicos del área de anestesiología y quirófano que prescriben recetas de medicamentos controlados, tal es el caso del Jefe de Anestesiología y médicos que forman parte del comité de bioética del CECan).

Por último para concluir la validación de cada uno de los instrumentos ya mencionados se realizó una prueba piloto, la cual se llevó a cabo en el Hospital Luis F. Nachón, se aplicaron los instrumentos al personal relacionado con el manejo de medicamentos controlados: médicos prescriptores de recetas de grupo I (del área de anestesiología), médicos prescriptores de recetas del grupo II, el responsable sanitario y jefe de recursos materiales.

4.8 Plan para determinar la confiabilidad de los instrumentos “prueba piloto”

A pesar de que los tres instrumentos ya se han validado de una u otra forma, se realizó una prueba piloto en el Hospital Luis F. Nachón, ya que este es un hospital de segundo nivel que pertenece también a los Servicios de Salud, eligiendo este hospital y no otro, debido a que en él se atiende a población con características similares a las del CECan.

La Jefa del Departamento de Investigación nos facilitó para el contacto con las personas responsables del área en que se aplicó el piloto, donde se involucró al personal de farmacia, adquisiciones, así como los médicos autorizados para expedir recetas de medicamentos controlados (del área de anestesiología y quirófano) con la finalidad de identificar posibles errores o dificultades durante la aplicación de éstos, para que los instrumentos fueran ajustados y corregidos antes de su aplicación en el CECan, además de comprobar que los instrumentos en verdad midieran lo que se quiere para este trabajo de investigación.

Como resultado de esta prueba, se tuvieron que realizar modificaciones a los cuatro instrumentos diseñados originalmente (listas de cotejo, formato para realizar el balance de medicamentos controlados y cuestionarios). Además de elaborar otros cuatro formatos para la revisión de las recetas y los requisitos con los que éstas deben cumplir de acuerdo a la ley. Los instrumentos que se utilizarán en total son los siguientes:

1. Lista de cotejo para evaluar requisitos de farmacia.
2. Lista de cotejo para evaluar cómo realiza la dispensación de medicamentos el personal de farmacia.
3. Formato para balance de medicamentos (libro, físico y kárdex).
4. Formato para realizar balance de recetas de medicamentos controlados (estupefacientes).
5. Formato para realizar balance de recetas de medicamentos controlados (psicotrópicos).
6. Formato para evaluar los requisitos que deben tener las recetas de medicamentos estupefacientes de acuerdo a la legislación sanitaria.
7. Formato para evaluar los requisitos que deben tener las recetas de medicamentos psicotrópicos de acuerdo a la legislación sanitaria.
8. Cuestionario para personal de farmacia.
9. Cuestionario para personal médico.

Descripción de las actividades realizadas durante la prueba piloto.

PASO 1:

Revisión general en la farmacia para conocer cuáles eran los medicamentos controlados que manejaban, conocer si su existencia física (para lo cual se realizó un conteo y revisión de caducidades, así como forma de acomodo) coincidía con el sistema y los libros de control.

PASO 2:

El primer instrumento que se aplicó fue la lista de cotejo para evaluar los requisitos que señala la legislación sanitaria debe cumplir el área de farmacia. Se inició en el turno matutino comenzando con la revisión de la documentación legal, y documentación técnica con la ayuda de la secretaria ya que ella resguarda ese tipo de documentos, también se observó el lugar donde resguardan el medicamento controlado, revisión de algunas facturas, siguiendo con el balance de los libros en el horario vespertino de 16:00 a 20:00 hrs. ya que es el horario en el que se estableció se podría trabajar para destinar un espacio para dicha actividad ya que hay menos carga de trabajo en el servicio de farmacia. La aplicación de la lista de cotejo se realizó en un tiempo aproximado de dos horas (sólo el apartado de documentación legal, y algunos puntos de documentación técnica y medicamentos controlados), sin incluir el balance de medicamentos controlados, ni la revisión detallada de cada una de las recetas, ni las

facturas.

$$no = \frac{(1.96^2) (0.5) (1-0.5)}{(0.5)^2}$$

Los resultados que se obtuvieron al aplicar la lista de cotejo fueron los siguientes:

$$no = \frac{(3.8416) (0.5) (0.5)}{(0.0025)}$$

- Documentación legal, se obtuvo 80% de apego, lo cual indicó un nivel de apego a la legislación sanitaria satisfactorio.

$$no = \frac{0.9604}{0.0025} = 384.16$$

- Documentación técnica y medicamentos controlados, se obtuvo de acuerdo a la escala planteada un nivel de apego nulo, ya que se obtuvieron 30% y 45% respectivamente.

Posteriormente se realizó el siguiente cálculo

$$n/N = \frac{384}{0.07} = 5364$$

- El nivel de apego total fue 51.66%, lo cual de acuerdo a la escala representa un cumplimiento nulo.

Si el resultado de n/N es mayor de 0.05 se ajusta la muestra, en este caso el resultado de 0.07 fue mayor de 0.05.

PASO 3:

El balance de medicamentos se realizó mediante la revisión del libro, reportes de kárdex, así como revisión de recetas y facturas de los medicamentos, el tiempo de revisión por medicamento varió dependiendo de que tantas piezas se desplacen, y si cada medicamento esta correctamente señalado (identificado) en el libro. Se realizaron modificaciones al formato que se había diseñado para el balance, de acuerdo a las necesidades que se fueron detectando.

$$n = \frac{no}{1+no/N} = \frac{384}{1.0716} = 358.33$$

El resultado al ajustar la muestra se redondea a 359, que representa el total de recetas a revisar de medicamentos controlados, incluyendo estupefacientes y psicotrópicos. Para determinar cuantas recetas se revisarían de cada uno de los medicamentos, se aplicó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Total de recetas de cada medicamento de enero a junio 2008}}{(\text{Total de recetas (estupefacientes+psicotrópicos enero a junio 2008)}) (n)}$$

PASO 4:

Se realizó la revisión de los requisitos que indica la Legislación Sanitaria, deben contener las recetas tanto de estupefacientes como de psicotrópicos. Debido a que el total de recetas prescritas de enero a junio de 2008, fue 5,364 recetas entre las correspondientes al grupo I y II se decidió sacar un muestreo aleatorio simple a partir de tener identificadas todas las recetas correspondientes al período de enero a junio del 2008. El tamaño de muestra se calculó con la siguiente fórmula:

Criterios de inclusión para revisión de recetas:

$$no = \frac{(Z^2) (P) (1-P)}{d^2}$$

Donde:

no= tamaño de la muestra sin ajuste

P= variabilidad estimada (0.5)

d= nivel de error o precisión (0.05)

Z= nivel de confianza (1.96)

- Todas las recetas de grupo I (estupefacientes) que se hayan recibido en el área de farmacia durante el período enero-junio de 2008.

- Todas las recetas de grupo II (psicotrópicos) que se hayan recibido en el área de farmacia durante el período enero-junio de 2008.

- Criterios de exclusión para revisión de recetas:

- Todos los oficios que avalen la salida de medicamentos controlados a otras instituciones.

PASO 5:

Se calcularon frecuencias y porcentajes de las recetas que cumplen y las que no cumplen con los requisitos establecidos en la legislación sanitaria, se calcularon también los intervalos de confianza, para establecer

Substituyendo:

los límites inferiores y superiores de cada uno de los requisitos evaluados, ya que como se calculó una muestra representativa de 359 recetas de un total de 5.364, se deben establecer los porcentajes con los que de acuerdo a la regularidad estadística se afirma que los resultados en general si se revisaran todas las recetas se parecerían a los obtenidos en la revisión de la muestra.

El cálculo de los intervalos de confianza se realizó mediante la siguiente fórmula: $IC \text{ al } 95\% = po \pm 1.96 \sqrt{(po)(1-po)/n}$

Al aplicar esta fórmula en el presente trabajo de investigación, se sustituyó de la siguiente forma:

po = Número de recetas que cumplen con el requisito evaluado / n
 po^* = Número de recetas que no cumplen con el requisito evaluado / n
 n = tamaño de la muestra

PASO 6:

Se aplicó la lista de cotejo a los responsables de dispensar medicamentos controlados (dos despachadores del turno vespertino, dos de jornada acumulada, la secretaria de Recursos Materiales y al Jefe de Recursos Materiales). Los resultados obtenidos tras la aplicación de este instrumento, fue que el nivel de apego de los empleados que dispensan medicamentos controlados es nulo.

PASO 7:

La aplicación de cuestionarios se realizó repartiendo en total diez cuestionarios de la siguiente forma:

- Turno matutino (seis).
- Turno vespertino (dos)
- Jornada acumulada (dos)
- Turno nocturno (uno) – Responsable Sanitario.

Del total de once cuestionarios entregados, sólo se recuperaron siete, y uno de ellos, el del responsable sanitario no se pudo procesar ya que dejó sin contestar más de la mitad de las preguntas debido a que dijo no saber la respuesta y responder es su mayoría desde la perspectiva del área de anestesiología más que de farmacia.

Los seis cuestionarios obtenidos fueron capturados en el programa estadístico SPSS versión 12.0, posteriormente se construyeron las tablas de contingencia para estudiar el nivel de apego y los factores que lo determinan,

procesando estos datos en el programa Epi Info versión 6.0. Una vez obtenidos los datos, se observó que sólo se logró aplicar la estadística descriptiva, ya que al trabajar con los datos obtenidos y aplicar las pruebas estadísticas correspondientes, la mayoría de los resultados al interpretarlos indica que los valores obtenidos son estadísticamente no significativos, esto debido a que el universo en estudio fue muy pequeño, y por lo tanto en estos casos, la estadística no se compromete a hacer afirmaciones de que ciertos factores pueden o no influir en el apego del personal al realizar sus funciones.

PASO 8:

Aplicación de cuestionarios a personal médico: originalmente de acuerdo a la información que proporcionó el Director del Hospital, se tenía contemplado realizar sólo cinco cuestionarios ya que fue el número de médicos autorizados para expedir recetas de medicamentos controlados que mencionó, sin embargo, al revisar las recetas minuciosamente resultó que el total de médicos que están expidiendo recetas son 23, 18 del área de quirófano y cinco de tococirugía, siete médicos se encuentran en el turno matutino, cinco en el turno vespertino, seis del turno nocturno, y cinco de jornada acumulada

Una vez que se recopilaron todos los cuestionarios, fueron capturados en una base de datos en el programa SPSS 12. Se calificó cada uno de los cuestionarios aplicados al personal médico del Hospital Nachón. El total de reactivos fue 33, pero al eliminar las preguntas 18, 25, por error en la redacción, así como de la 1 a la 7 ya que esas son para la identificación de la población en estudio. Finalmente el total de reactivos fue 24 que representa el 100%. Las calificaciones obtenidas en los 14 cuestionarios aplicados se calcularon mediante una regla de tres. Las calificaciones utilizando una escala de cero a 100, fueron de 59 a 92, obteniendo una calificación promedio de 82.

Se aplicaron también otros cuatro cuestionarios a los compañeros médicos de la maestría que laboran para los Servicios de Salud, dos del área de epidemiología y dos de administración, para saber si las preguntas se entendían o alguna de ellas le causaba confusión. En dos de los cuestionarios se hicieron sugerencias sobre la redacción de las instrucciones, y sobre algunas preguntas las cuales fueron las siguientes:

- Pregunta 13, muy larga, y la redacción confusa.
- Pregunta 17, 21 y 25: contextualizar la pregunta sobre

qué tipo de receta se esta hablando si privada o institucional.

- Pregunta 21: hay que revisar la redacción, mencionar los datos de quien expide, y luego los datos de la receta y el medicamento para que no sea repetitivo.
- Pregunta 22, 25, 29, 31 y 32: revisar la redacción, y separarla para no hacerla confusa, porque se preguntan varias cosas.
- Pregunta 26: complementar al final de la redacción con la frase "que éste comprenda".
- Pregunta 33: revisar redacción ya que resulta confusa.

Estás observaciones fueron tomadas en cuenta para modificar el cuestionario final que se aplicó en el CECan.

4.9 Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

Para poder comenzar a plantear el análisis y procesamiento de datos, se estableció para cada uno de los objetivos la herramienta estadística que se iba a utilizar, qué requisitos requería la prueba para aplicarse y con qué programa se realizaría.

El primer objetivo de esta investigación fue:

- Identificar el nivel de apego del personal de farmacia en la dispensación de medicamentos controlados con respecto a la legislación y reglamentación vigente en salud.

Se planteó utilizar la estadística descriptiva para describir al grupo de estudio. Se describirían las características principales de los trabajadores del servicio de farmacia y del personal médico que expide recetas de medicamentos controlados, tales como: sexo, edad, escolaridad, profesión, puesto que desempeña, antigüedad en el puesto, antigüedad en la institución, etc. Para lo que se calcularían frecuencias y porcentajes.

Se calcularía de manera general y por grupos de acuerdo al turno en el que laboran (matutino, vespertino y jornada acumulada) y por tipo de personal (médico y de farmacia). Por ejemplo se determinaría el porcentaje de mujeres y hombres, el promedio de edad, etc. de cada grupo.

La principal variable de esta investigación es el nivel de apego a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados.

Para este apartado se aplicará la lista de cotejo que contiene las etapas de dispensación y se evaluará en que grado se cumple cada una de ella por persona.

Se calculará el porcentaje de cumplimiento del apartado de dispensación de medicamentos por parte del personal de salud, entre el total de puntos posibles de dicho apartado y finalmente se representará de manera gráfica utilizando diagramas de barras para la exposición oral.

Formula: $A/B * 100$

A= Puntos obtenidos del apartado de dispensación de medicamentos por parte del personal de salud

B= Total de puntos posibles del apartado de dispensación de medicamentos por parte del personal de salud.

- Identificar el nivel de apego del servicio de farmacia a los requisitos marcados en la legislación sanitaria para el manejo de medicamentos controlados.

Para este apartado de acuerdo a los resultados que se obtengan, se describirá de manera general los requisitos con que cuenta y con cuales no, el servicio de farmacia de acuerdo a lo que establece la legislación sanitaria para el manejo de medicamentos controlados, y en qué grado se está cumpliendo cada uno de acuerdo a la escala de evaluación.

Para el análisis de este punto al igual que para el personal se calculará el porcentaje de acuerdo a los puntos obtenidos en cada apartado (A) entre el total de puntos posibles por apartado (B) (documentación legal, documentación técnica y medicamentos controlados) y finalmente se multiplicará por cien.

Formula: $A/B * 100$

A= Puntos obtenidos por apartado.

B= Total de puntos posibles por apartado.

En este caso la medida de resumen que se utilizará para organizar y clasificar los resultados es la proporción, y para la presentación oral se graficará en el eje de las abscisas los tres apartados estudiados en la lista de cotejo. En el eje de las ordenadas se anotará el porcentaje de apego resultante, esto se representará de manera gráfica utilizando diagramas de barras.

Se realizará un listado por apartado de los requisitos

evaluados agrupándolos por la calificación obtenida de acuerdo a la escala (regular, mínima y nula), con la finalidad de mencionar en que puntos no cumplen y en los cuáles se debe trabajar más, sobre los cuáles se enfocan las recomendaciones y propuestas de mejora de esta investigación.

Para los dos primeros objetivos los datos recolectados serán capturados en una base de datos en el programa de Excel, para realizar los cálculos correspondientes.

- Determinar los factores que condicionan el apego del personal a la legislación y reglamentación vigente para el proceso de dispensación de medicamentos controlados.

Para poder determinar los factores que determina el apego, el instrumento a utilizar es un cuestionario, en el que se toma en cuenta el perfil del puesto, antigüedad en el puesto, experiencia, conocimiento de los documentos legales que rigen el manejo de medicamentos controlados, capacitación, salario, horario de trabajo, sobrecarga de trabajo, situación familiar, relación con el resto de su compañeros, etc. como posibles factores. Para poder relacionar si estos posibles factores influyen o no en el nivel de apego a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados se utilizarán:

1. Frecuencias (Para saber por ejemplo cuántos empleados con el perfil se apegan, cuántos no se apegan; al igual que cuántos empleados que no cubren con el perfil se apegan y cuantos no).
2. Para el análisis de los datos, como primer paso se utilizarán tablas de contingencia, construidas a partir de la relación de la variable apego a la legislación sanitaria vigente y cada una de las variables que representan los posibles factores que determinan el apego como por ejemplo la experiencia, capacitación, etc.
3. Posteriormente a cada una de las tablas construidas se les aplicará la prueba estadística de Fisher para establecer si la asociación entre las variables en estudio (ejemplo experiencia, capacitación, etc.) y el apego del personal a la legislación sanitaria vigente del proceso de dispensación de medicamentos controlados son estadísticamente significativos. Se aplicará esta prueba estadística ya que el universo con el que se trabajaría es muy pequeño, sin embargo, si existen valores de cero, o uno, anula en automático nuestros resultados. La Prueba de Fisher nos ayudará a encontrar la probabilidad de encontrar un arreglo de datos por azar y uno que no es

por azar, esperando encontrar este último en la mayoría de nuestras pruebas.

A continuación se muestra un ejemplo hipotético de cómo podría analizarse la variable capacitación:

Variable apego	No apego	Apego	
Factor que determina el nivel de apego del personal a la legislación sanitaria del proceso de dispensación de medicamentos controlados			
Sin capacitación	A	B	a+b
Con capacitación	C	D	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

Si al aplicar la prueba de Fisher el resultado es: $p = 0.8021$, esto indicaría que el que un empleado no este capacitado y no se apegue a lo establecido en la legislación sanitaria vigente no es estadísticamente significativo, ya que hay un 80% de probabilidad que ese resultado sea por azar.

En cambio si al aplicar la prueba de Fisher el resultado fuera: $p = 0.0342$, eso indicaría que hay un 3% de probabilidad de que el resultado de la falta de capacitación de los empleados y su falta de apego a la legislación sea por azar; por lo cual sí sería un resultado estadísticamente significativo.

Como se puede ver, la Prueba de Fisher o de la significancia de varianzas (F) sirve para determinar si un grupo de datos es más variable que otro, o en otras palabras, si las varianzas difieren. Por definición de la prueba, s_1 tiene que ser mayor que s_2 , dicho de otra forma, $V_1 > V_2$; su cálculo se realiza con la siguiente formula⁴⁴:

$$F = (s_1)^2 / (s_2)^2 = V_1 / V_2$$

$$F = n_1$$

Si la frecuencia esperada en cualquier celda de la tabla de contingencia es menor que cinco, se debe usar la prueba de Fisher, la cual sólo funciona para tablas de 2x2. Si se tiene una tabla mayor y una frecuencia esperada más pequeña, puede ocurrir que prescindamos de algunas celdas para obtener los valores, sin perder la significación del análisis⁴⁵

El programa en el que se capturarán las respuestas

del cuestionario del personal de farmacia es SPSS 12, posteriormente el que se utilizará para procesar las tablas de contingencia es Epi Info.

4. También se llevará a cabo otro análisis en el cual se evaluará la concordancia entre variables con la prueba estadística kappa.⁴⁶ Se compararán los resultados obtenidos en la lista de cotejo aplicada a cada uno de los empleados en la que se observa cómo realizan sus funciones en la práctica, contra lo que ellos afirman hacer de acuerdo a sus respuestas en el cuestionario autoaplicado. Como ya se mencionó se utilizará la prueba estadística de kappa, cuyo resultado mientras más se acerque a uno, nos indica que más concuerda lo que dice el personal con lo que hacen en la práctica. En este caso también se realizarán tablas de contingencia. Este estadístico es útil para determinar por un mismo experto la confiabilidad de dos mediciones, ya sea con un mismo instrumento o un mismo fenómeno a investigar como en este caso la dispensación de medicamentos controlados⁴⁷.

Para este caso a continuación se muestra un ejemplo de cómo se construiría la tabla de contingencia y como se interpretaría al utilizar la prueba kappa:

	Si ratifica la receta con el médico	No ratifica la receta con el médico	
Si conoce la legislación sanitaria vigente	A	B	a+b
No conoce la legislación sanitaria vigente	C	D	c+d
	a+c	b+d	a+b+c+d

a = Conoce la legislación y realiza su función de ratificar la receta con el médico, cuando esta es ilegible o tiene alguna duda.

b = Conoce la legislación y no realiza su función de ratificar la receta con el médico, cuando esta es ilegible o tiene alguna duda.

c = No conoce la legislación y realiza su función de ratificar la receta con el médico cuando esta es ilegible o tiene alguna duda.

d = No conoce la legislación y no realiza su función de ratificar la receta con el médico, cuando esta es ilegible o tiene alguna duda.

Por lo tanto:

- a = indica apego del personal a la legislación sanitaria.
- b = indica desapego del personal a lo establecido en la legislación sanitaria.
- c = indica que a pesar de que el personal no conoce la legislación, realiza esa función de acuerdo a su buen juicio.
- d = indica que el personal que no conoce la legislación sanitaria, no realiza la ratificación de la receta. No se puede hablar de desapego por que no puede haber apego a algo que no se conoce.

Para poder determinar el valor de kappa se deben aplicar las siguientes formulas:

$$1) \text{ Concordancia al azar } (C_{\text{azar}}) = (r_1) (c_1) + (r_2) (c_2) / n^2$$

Donde: r_1 = total de la fila $_1$

r_2 = total de la fila $_2$

c_1 = total de la columna 1

c_2 = total de la columna $_2$

$$2) \text{ Índice de correlación } (Ic) = a+d / (c+d) + (a+d)$$

$$3) \text{ Kappa} = Ic - C_{\text{azar}} / 1 - C_{\text{azar}}$$

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicios de Salud de Veracruz. Manual de Organización. Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa"; 2008.
2. Cervantes O, Corrales G. Administración de instituciones públicas: Antología. EUNED. [Internet]. 1987. [Consultado 2008 noviembre 01]. 324p. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=cvTFgjD6A4AC&pg=PA324&dq=administracion+y+marco+juridico+su+importancia+en+instituciones+p+ublicas#PPA324,M1>
3. Barquín M. Dirección de Hospitales. 6ª. ed. D.F. México: Mc. Graw Hill. 1992. 637-645 p.
4. Rowland H, Rowland B. Gerencia de Hospitales. Organización y funciones de sus departamentos. D.F. México: Díaz de Santos, S. A. 1998. 259-262, 275-281p.

5. Corach L, Malamud M. Manejo del Hospital público y privado. Buenos Aires. Argentina: Médica Panamericana. 1991. 108-111.
6. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. Políticas farmacéuticas. México. Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud [Consultado 2008 noviembre 02]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/pyp/cbm/Analgesia%20Grupo%201.htm#MORFINA>
7. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 7ª. ed. D.F. México: Mc. Graw Hill. 2007. 225, 278-315p.
8. Da Silva R. Teorías de la administración. Cengage Learning Editores. [Internet].2002. [Consultado 2008 septiembre 26].158-178p. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=tPH5caXYgcC&printsec=frontcover&dq=TEORIAS+DE+LA+ADMINISTRACION&sig=ACfU3U3-CUoriXnLafNCC_aenfQOGywrHw#PPT194,M1
9. Robbins P, Coulter M. Administración. Pearson Educación. [Internet]. 2005. [Consultado 2008 septiembre 26]. 30p. Disponible en: [http://books.google.com.mx/books?id=oVHIFmFi_ToC&pg=PA30&dq=TEORIAS+DE+LA+ADMINISTRACION+\(teoria+burocratica\)&lr=&sig=ACfU3U1ARBag7wROFOoItwnL0--XbHH0w#PPA30,M1](http://books.google.com.mx/books?id=oVHIFmFi_ToC&pg=PA30&dq=TEORIAS+DE+LA+ADMINISTRACION+(teoria+burocratica)&lr=&sig=ACfU3U1ARBag7wROFOoItwnL0--XbHH0w#PPA30,M1)
10. Fernandez M, Sánchez, J. Eficacia organizacional: Concepto, desarrollo y evaluación. Ediciones Díaz de Santos. [Internet]. 1998. [Consultado 2008 septiembre 26]. 112-120p. Disponible en: [http://books.google.com.mx/books?id=d3z_i6znsFUC&pg=PA112&dq=TEORIAS+DE+LA+ADMINISTRACION+\(teoria+burocratica\)&lr=&sig=ACfU3U3AgkaLN3DkuvfWVHXjeUJOORJOCQ#PPA112,M1](http://books.google.com.mx/books?id=d3z_i6znsFUC&pg=PA112&dq=TEORIAS+DE+LA+ADMINISTRACION+(teoria+burocratica)&lr=&sig=ACfU3U3AgkaLN3DkuvfWVHXjeUJOORJOCQ#PPA112,M1)
11. Wertheimer A, Daniels C. Manual para la administración de farmacias hospitalarias. Washington D.C.; OPS. 1989. 53-80p.
12. Ramírez C. Fundamentos de administración. Ed. ECOE EDICIONES. [Internet].2002. [Consultado 2008 septiembre 26]. 195-201p. Disponible en: http://books.google.com.mx/books?id=Q2Mi4Ko5R8C&pg=PA197&dq=teorias+de+la+administracion+teoria+burocratica&lr=&sig=ACfU3U2rr6Mg7-hfB4Reg5hmtIPN_3xFaw
13. Munguía A. Teoría de las Organizaciones. Ediciones Umbral. [Internet]. 2006. [Consultado 2008 septiembre 26]. 52-53p. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=2xu0n04hOSQC&pg=PA52&dq=teoria+de+la+administracion+teoria+burocratica&lr=&sig=ACfU3U1esnK0LypvcGKRpABE8Aen3CSHSQ#PPA52,M1>
14. Blanco H, Maya J. Administración de servicios de salud: Administración de servicios de salud. Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. [Internet]. 2006. [Consultado 2008 septiembre 26]. 9p. Disponible en:http://books.google.com.mx/books?id=vZc8spOK69QC&pg=PA9&dq=teorias+de+la+administracion+teoria+burocratica&lr=&sig=ACfU3U0_XtuR1_k4SJs_S3V5DWnwl7P2iw
15. Martínez B. La evaluación de la acción y de las políticas publicas. Ediciones Díaz de Santos. [Internet]. 2003. [Consultado 2008 octubre 01]. 23p. Disponible en: <http://books.google.com.mx/>
16. Lerma H. Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto. ECOE EDICIONES. [Internet]. 2003. [Consultado 2008 octubre 01]. 66-67p. Disponible en:<http://books.google.com.mx/books?id=XL7ecoiY4qwC&printsec=frontcover&dq=Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n:+propuesta,+anteproyecto+y+proyecto.&sig=ACfU3U0QzZehA2ANGvxqnrwK4izhuwK79Gg#PPP1,M1>
17. OPS/OMS. La gestión del suministro de medicamentos. 2ª. Ed. Washington D.C.; OPS. 2002. 17, 47-61, 119p.
18. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. LEY GENERAL DE SALUD. [Consultada 2008 Octubre 05]. 55-73p. Disponible en:<http://www.cofepris.gob.mx/bv/mj/lgs.doc>
19. Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud. Tercera Edición. Secretaria de Salud. México: D.F.; 2005. 97-161 p.
20. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. REGLAMENTO de Insumos para la Salud.

- [Consultada 2008 Octubre 05]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/bv/mj/REGLAMENTOS/3/REGLAMENTO%20Insumos.htm>
21. Secretaría de Salud. México: REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica [Consultado 2008 octubre 22]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrgsmmpsam.html>
 22. Universidad Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Información Jurídica. Código Penal Federal. Artículos 193-199. [Consultada 2009 Julio 08]. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/8/default.htm?s=>
 23. Secretaría de Salud. Centros de Integración Juvenil, A. C. Fármacodependencia. [Consultado 2008 octubre 22] Disponible en: http://www.cij.gob.mx/Paginas/PDF/Especialistas/tratamiento/CAPITULO_1.pdf
 24. Instituto Costarricense sobre Drogas. Estupefacientes, psicotrópicos, control de precursores y otros químicos esenciales [Internet]. San José, Costa Rica 2006. [Consultado 2008 octubre 04]. Disponible en: http://www.icd.go.cr/sitio/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=1
 25. Barreiro H, Tamame A, Lora N, Ramírez E. Principales bases legales relacionadas con la expedición y uso de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias tóxicas en Cuba. *Revistas Médicas Cubanas*. [Internet]. 2006. [Consultado 2008 octubre 02]. 22(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_2_06/mgi07206.htm
 26. Sansó Félix. ¿Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción? *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [Internet]. 2002. [Consultado 2008 octubre 02]. 18(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgisu202.htm
 27. Jiménez L. Errores en el proceso de dispensación de medicamentos. Descripción de un caso con intervención. *Revista Fármacos*. [Internet]. 2005. [Consultado 2008 octubre 04]. (18):1-2. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/farmacos/v18n1-2/art1.pdf>
 28. Llodrá V, Morey M, Perello X, Vaquer X. Acreditación de un Servicio de Farmacia según la norma ISO-9002. Experiencia en la Fundación Hospital Manacor. *Revista Farmacia Hospitalaria*. [Internet]. 2001. [Consultado 2008 octubre 04]. 25(4):229-239. Disponible en: <http://www.sefh.es/fh/2001/n4/8.pdf>
 29. Juan M. Modernización de la regulación sanitaria en México. *Salud Pública*. [Internet]. 1991. 33(4):373-377p. [Consultado 2008 Septiembre 05]. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001115>
 30. Burgos Da, Vargas S, Sandoval M, y Robles F. Monitoreo de medicamentos con fecha de caducidad en una farmacia para dar cumplimiento a las buenas prácticas de farmacia. *Edusfar*. [Internet]. 2007. [Consultado 2008 septiembre 19]. Disponible en: <http://www.publicacions.ub.es/revistes/edusfarm1/documentos/89.pdf>
 31. Secretaría de Salud. México: Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. [Consultado 2008 septiembre 10]. Disponible en: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
 32. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. Políticas farmacéuticas. México. Hacia una política farmacéutica integral en México. [Consultado 2008 agosto 25]. Disponible en: http://www.cofepris.gob.mx/pyp/farmacopea/Politica_Farmacologica.pdf
 33. Xalapa H. Ayuntamiento. HOSPITALES EN XALAPA. [Internet]. [Consultado 2008 noviembre 01]. Disponible en: <http://www.xalapa.gob.mx/salud/hospitales.htm>
 34. Sociedad Mexicana de Oncología. Página Web. Avisos. Información para el médico. Dolor y cuidados. [Internet]. [Consultado 2008 octubre 03]. Disponible en: <http://www.smeo.org.mx/dolorcuidados>
 35. Veracruz Gobierno del Estado. Página Web.

- [Consultado 2008 octubre 03]. Disponible en: <http://portal.veracruz.gob.mx/Buscar/index.jsp?userQuery=cecan>
36. Lucas A, García P. Sociología de las Organizaciones. Madrid. España: Mc Graw Hill. 2002.171p.
 37. OPS/OMS. Guía Práctica de investigación en Salud. Washington D.C: OPS. 2008. 38-39p.
 38. Bernal C, Salavarieta D, Sánchez T, Salazar R. Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. D.F.: México. Ed. Pearson Educación. [Consultado, 21 de octubre 2008]; 2006. 56p. Disponible en:http://books.google.com.mx/books?id=h4X_eFai59oC&pg=PA147&dq=tipos+de+dise%C3%B1o+de+investigacion
 39. Méndez I, Guerrero D, Sosa C. El protocolo de INVESTIGACIÓN. Ed. Trillas. 2000. 11-27p.
 40. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-1993, Buenas Prácticas de Fabricación para Establecimientos de la Industria Química Farmacéutica dedicados a la fabricación de medicamentos. [Consultada 2008 Octubre 31]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/bv/mj/noms/059-ssa1.pdf>
 41. Diccionario Real Academia Española. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=comportamiento
 42. Anastasia A. Test Psicológicos. Ed. Pearson Educación. 7ª. ed. Año Edición: 2000. p406-407. Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=FV01zgFuk0cC&pg=PA406&dq=escala+de+Likert#PPA407,M1>
 43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación: 2ª. ed. D.F. México: Mc-Graw- Hill. 2000.p. 255-266.
 44. Acereto P, Vargas M, Villegas W, Quiñones V. Análisis Ultravioleta visible. La teoría y la práctica en el ejercicio profesional. Ed. Universidad Autónoma de Yucatán. Disponible en:<http://books.google.com.mx/books?id=dOuvlq3ZtXAC&pg=RA1-PA14&dq=de+finici%C3%B3n++de+la+prueba+de+fisher&lr=>

APEGO A LA NOM 007 PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. V

Alumna: Judith del Carmen Hernández Siliceo
 Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales
 Asesor Externo: Juan Carlos Vásquez Honorato

1. MARCO TEÓRICO

Este trabajo estuvo dirigido a la evaluación de un proceso de atención; específicamente, se evaluó el apego, por parte del personal médico de primer nivel de atención a la Norma Oficial Mexicana 007 SSA2-1993 en la atención médica brindada a la mujer durante el periodo de embarazo y puerperio; proceso enmarcado por la calidad de la atención médica, y particularmente por la estrategia de mejora continua de la calidad; por lo que a continuación se mencionan aspectos fundamentales al respecto, así como las teorías en las que se basa este trabajo.

1.1 Calidad de la atención médica

La búsqueda de calidad de la atención médica es tan antigua como el ejercicio propio de la medicina, ya que la esencia del ejercicio médico ha sido procurar la mejor atención de los pacientes evitando hacer daño.¹

A través del tiempo la concepción de calidad en la atención médica ha evolucionado, pero sin duda alguna quien más ha aportado en cuanto a calidad de la atención en salud es Avedis Donabedian, quien mediante su obra científica cambió los conceptos de calidad que predominaban hasta su época.² En su primer artículo sobre calidad de la atención de salud, publicado en 1966, comenta la dificultad para lograr una definición adecuada de la misma y propone tres elementos que facilitan su análisis:

a) *Componente técnico*, que se refiere a la aplicación de los avances científicos, y la capacitación de los profesionales en la destreza de los procedimientos de atención médica.

b) *Componente interpersonal*, en el que se aborda la importancia de la relación médico-paciente.

c) *Componente correspondiente al entorno*, que incluye "las amenidades", en las que se desarrolla la atención para la salud.

Años más tarde, plantea que "la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud", y que ésta puede calificarse de acuerdo a las expectativas de resultado atribuibles a esta atención, puesto que el resultado no siempre se manifiesta de inmediato, sino en el futuro.³

Una aportación más, es que propuso el análisis de la calidad de la asistencia a través de tres métodos:

1. Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura, en la que se valora la capacidad de los medios materiales, humanos y la estructura organizativa.
2. Análisis de la calidad de los métodos: evaluación del proceso, que es una forma indirecta de análisis sobre cómo se brinda la atención y su funcionamiento. Su base fundamental es la historia clínica, así como la observación directa del desempeño médico.
3. Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de los resultados, es decir, se valora la calidad del producto o resultado final de la asistencia.

La concepción de la calidad de la atención tiene diferentes enfoques, que van desde el de los directivos de los servicios de salud y de los prestadores del servicio hasta el de los usuarios, lo que dificulta su percepción y evaluación; sin embargo, de manera general, en el sector salud la calidad de la atención se concibe desde un punto de vista gerencial, ya que se considera de acuerdo al logro de la eficiencia y la eficacia del servicio.

La expresión de calidad de la atención médica se ve reflejada al otorgar el mayor beneficio a los pacientes,

evitando someterlos a riesgos innecesarios, así como haciendo el mejor uso de los recursos disponibles.³ Estos beneficios a los pacientes están en función de lo que es posible lograr de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para brindar la atención.

Es importante considerar que la atención médica es un servicio "humano", por lo que tiene características especiales en relación con la prestación de otros servicios, que influyen en la percepción de la calidad de la atención brindada, tanto del prestador como de los pacientes. Entre otros aspectos podemos mencionar: la relación que se establece entre el médico y el paciente, en la que influye tanto el estado de ánimo con el que acuden los pacientes a demandar el servicio, como la actitud del personal al brindar la atención.

Este aspecto "humano" brindado en la prestación de la atención médica implica que la atención sea heterogénea, sobre todo en aquellos procesos en los que intervienen muchas personas, puesto que un mismo paciente puede ser atendido de forma distinta por diferentes médicos en el manejo del mismo padecimiento, o bien el paciente puede ser atendido de forma distinta por el mismo médico, de acuerdo a los estados de ánimo y a las circunstancias que se presenten.⁴

Todos estos factores han influido para buscar la mejora de la calidad en la atención médica. En México, la primera institución que inicia con programas enfocados a la calidad de la atención médica es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la década de los años cincuenta, a través de la realización de auditorías médicas.

En 1985, el Instituto Nacional de Perinatología toma como estrategia los círculos de calidad para garantizar la calidad de la atención y la realización de mejora continua en la atención. Dos años más tarde, el IMSS pone en marcha la evaluación de la calidad de la atención médica en sus unidades, y a partir de 1997 implementa el Programa Integrado de Calidad.

La administración federal del sexenio 2000-2006 en materia de salud, estableció dos acciones concretas acerca de la calidad de la atención médica:

- 1) Ofrecer un trato digno a los usuarios de los servicios de salud y a sus familiares.
- 2) Mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica, por lo que, en el Plan Nacional de

Desarrollo del mismo sexenio, se planteó dentro de las estrategias prioritarias "elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno."⁴

En respuesta a estas demandas, el Programa Nacional de Salud 2000-2006 planteó cinco metas, de las cuales la meta tres es específica en cuanto a calidad de la atención: "Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud". Para el logro de estos planteamientos, una de sus principales estrategias fue desplegar una Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, en la que se buscó elevar la calidad de los mismos a fin de alcanzar niveles aceptables en cuanto a calidad de la atención en todo el país.⁵

Esta estrategia es una de las más importantes en cuanto a calidad de los servicios de salud, y específicamente en lo que atañe a la mejora continua de la calidad de la atención, lo que establece una relación estrecha con la presente investigación. Por ello se comentará a continuación aspectos básicos de esta estrategia.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, planteó los procesos permanentes de mejora del desempeño, tomando a la calidad como base fundamental para la organización de los servicios de salud, a fin de lograr que la atención médica fuera efectiva, eficiente, ética y segura, y así enfrentar los grandes problemas de atención en salud en el país, como la baja calidad de los servicios de salud, la heterogeneidad del servicio y la información deficiente y poco confiable.

Para el logro de estos procesos de mejora se propusieron diez líneas de acción, de las cuales dos tienen relación directa con nuestro tema de investigación:

- Sistemas de mejora continua.
- Estandarización de procesos y monitoreo de resultados.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud marcó una pauta importante en cuanto al sistema de mejora continua de la calidad, ya que trató de integrar un equipo entre las principales instituciones del país, como Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, así como con el sector privado, con el fin de que, tanto las unidades de atención médica como las instituciones directivas en todos los niveles, contaran con sistemas para la mejora continua que demostraran su impacto en la salud y satisfacción de la población.⁶

En lo que respecta a la estandarización de procesos de atención médica, se contempló el establecimiento de una base técnico-normativa para procedimientos médicos y clínicos de las unidades médicas; para ello, se promovió el apego del personal de salud a las Normas Oficiales Mexicanas, a las guías de práctica clínica y a los protocolos de atención para padecimientos prioritarios, cuya aplicación pueda ser evaluada a través de una serie de indicadores y estándares de calidad para identificar y realizar mejoras en los procesos de atención, las cuales garantizan las condiciones indispensables de calidad en cuanto a acceso, oportunidad y eficacia de la atención, punto clave del presente trabajo.⁷

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en su apartado de salud, se continúa el interés por mejorar la calidad de la atención, ya que en su objetivo 5 plantea "Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad".⁵

Para lograr este objetivo se implementó un sistema que situó la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, desplegando una estrategia de calidad total, mejora continua y la adopción de modelos de excelencia bajo los que se desarrolló la calidad técnica de la atención.⁷

Lo anterior fue retomado por el Programa Nacional de Salud en su objetivo 3 que señala "Prestar servicios de salud con calidad y seguridad".⁸

Con el propósito de cumplir las metas de salud, se inició una estrategia específica para calidad en la atención: el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD), que incluye proyectos de calidad de atención en sus tres componentes: calidad percibida, calidad técnica y calidad en la gestión de los servicios de salud, a través de sus líneas de acción:¹⁰

Calidad percibida por los usuarios

1. Calidad técnica y seguridad del paciente, dentro de la que se contempla el expediente clínico integrado y de calidad, así como la prevención de la muerte materna, puntos centrales de esta investigación.

2. Calidad en la gestión de los servicios de salud: institucionalización de la calidad.⁹

Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de establecer las herramientas necesarias para dar respuesta

a las exigencias en salud; una de estas herramientas es la implementación de su Modelo de Gestión de Calidad, el cual está basado en el modelo de gestión de calidad total y modelo de excelencia en calidad.

En este modelo el aseguramiento de los procesos, los sistemas de calidad implementados y las intervenciones de mejora son principios básicos, ya que están enfocados al usuario, la prevención, el trabajo en equipo, la medición y la mejora continua.¹⁰

Las bases fundamentales del modelo de calidad de la Secretaría de Salud son:

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, otorgando servicios con calidad técnica y trato digno, estimulando el desempeño de los prestadores del servicio, inmersos en una cultura de calidad.
- Conseguir el impacto social mediante un liderazgo que impulse la política y la estrategia de la organización, las alianzas y los recursos.
- El desarrollo de procesos estructurados hacia la consecución de la eficiencia y eficacia en los resultados.
- Llevar a la unidad a ser reconocida como un valor creado y percibido por sus usuarios, por sus trabajadores y por la sociedad a la que sirve.

El modelo está integrado por ocho criterios fundamentales: 1) Usuarios, 2) liderazgo, 3) desarrollo y satisfacción del personal, 4) administración y mejora de procesos, 5) planeación, 6) información, 7) impacto social y 8) valor creado.

En este trabajo, nos enfocaremos a la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención, establecida para mejorar la salud materna, que como ya mencionamos es un grave problema de salud pública a nivel mundial, nacional y local, por lo que iniciaremos comentando aspectos importantes sobre la mortalidad materna.

1.2 Mortalidad materna

La muerte materna es definida por la OMS como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por las causas accidentales o incidentales".¹

De acuerdo a esta definición, es importante establecer la causa específica de la muerte materna para su clasificación, ya que, de acuerdo a ésta, las defunciones obstétricas se clasifican en directas e indirectas.

Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto y las complicaciones de estas causas. Ejemplos de estas muertes son las ocurridas por hemorragias, preeclampsia-eclampsia, o complicaciones del acto quirúrgico para resolución del embarazo. En este grupo se encuentran las causas más frecuentes de mortalidad materna.

Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Ejemplos de estas muertes son las que ocurren por complicaciones de enfermedades subyacentes como lesiones cardíacas, renales o las relacionadas con complicaciones de enfermedades crónicas.

La muerte materna es uno de los indicadores más sensibles para medir el desarrollo social y sanitario de un país, ya que la mayoría de estas muertes son prevenibles, si existe un manejo adecuado de las causas, de aquí la importancia que guarda la atención en el primer nivel de atención y de manera específica, la atención con apego a la normatividad existente para este proceso de atención.

Este indicador ha tomado suma importancia en los últimos años, y de tal magnitud, que el informe mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005 fue dedicado a la salud materna e infantil; en él se destaca que la base para disminuir las defunciones materna es el acceso equitativo a los servicios de salud y la calidad en la atención del embarazo, parto y puerperio,¹² tema de esta investigación.

La forma más utilizada de medir la ocurrencia de muerte materna es a través del cálculo de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que se define como la relación que existe entre el número de mujeres muertas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y los nacidos vivos en un mismo lugar y periodo,¹¹ es decir, se calcula a partir del número de defunciones maternas en una población, dividida entre el número de nacidos

vivos; esta razón refleja el riesgo de defunción materna relacionada con el número de nacidos vivos.

A nivel mundial, la RMM es significativamente más alta en áreas marginadas, situación similar en nuestro país, ya que en el año 2007 la RMM nacional por 100 000 nacidos vivos fue de 52.7, ubicándose los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas como las entidades con mayor problema de muerte materna.¹² En ese mismo año el estado de Veracruz ocupó el quinto lugar con una RMM de 78.5,¹² y la Jurisdicción Sanitaria V ocupó el tercer lugar de las Jurisdicciones del estado de Veracruz con una RMM de 79.

Podemos observar que la RMM, tanto en el estado, como a nivel jurisdiccional, se encuentra por arriba de las cifras nacionales, lo que nos da una idea del grave problema existente a estos niveles, en el cual las estrategias implementadas para su control no han logrado su objetivo.

Estas estrategias están íntimamente relacionadas con programas de calidad de la atención, mismas que tienen como base el apego a la normatividad existente, y la evaluación como pilar para identificar puntos de falla e implementar acciones de mejora. Una de las estrategias de suma importancia para hacer frente a este problema de salud pública es el control prenatal, del que comentaremos a continuación aspectos básicos.

1.3 Atención prenatal

La atención prenatal es una de las acciones fundamentales para garantizar una maternidad saludable, ya que la atención a la mujer en este periodo, permitirá identificar el riesgo obstétrico de cada caso y tomar decisiones para la mejor atención de la embarazada y su hijo.

Las acciones de la atención prenatal están dirigidas a la vigilancia de este periodo, así como a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna, como son la preeclampsia-eclampsia y la hemorragia obstétrica.¹³

Para la atención prenatal existen parámetros normativos, como son la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el recién nacido sano (ver anexo 1), y el Manual de atención al embarazo saludable, parto y puerperio seguros y recién nacido sano (ver anexo 2),¹⁴

que es un manual realizado con base en la NOM 007 y que explicita de forma clara y específica los lineamientos a seguir en la atención a la mujer durante este periodo; existen además algunos otros documentos normativos, como lineamientos o manuales de procedimientos de atención para situaciones particulares.

Esta normatividad para la atención prenatal tiene como fin unificar estrategias y criterios de atención, así como establecer y fortalecer acciones para identificar riesgos preconceptionales, obstétricos y perinatales, y así lograr la atención oportuna de complicaciones para de esta forma disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Estas intervenciones de atención requieren de personal capacitado en el manejo de la paciente obstétrica, a fin de brindar una atención prenatal de calidad en el embarazo normal (el cuál es definido como “el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto”) y poder detectar en forma oportuna cualquier complicación, a fin de realizar acciones específicas de protección a la paciente y su hijo.¹⁵

Dentro de las estrategias del Programa de Salud Reproductiva se encuentra precisamente la capacitación al personal médico y paramédico que tiene relación con el manejo de la mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio. En la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa se cuenta con un centro estatal de capacitación: el Hospital “Dr. Luis F. Nachón”, en donde se imparte el curso “Manejo integral de la embarazada y el recién nacido”, cuyo objetivo es actualizar los conocimientos y habilidades para el manejo y control de la embarazada a través del adiestramiento en servicio.¹⁶

Este curso está organizado por la Coordinación de Salud Reproductiva y el área de epidemiología de la Jurisdicción, en coordinación con el Departamento de Enseñanza del Hospital. Está dirigido a médicos, enfermeras y personal de salud que laboran en unidades de primer nivel de atención, ya sea personal de base, contrato o servicio social, a fin de mejorar la calidad de la atención médica en el periodo de embarazo, parto y puerperio.

En este curso se aborda el panorama epidemiológico de la mortalidad materna, control prenatal y factores de riesgo, promoción a la salud, conducción y vigilancia del parto, puerperio y atención del recién nacido, embarazo de alto riesgo y prevención y manejo de las principales complicaciones, como preeclampsia-eclampsia y hemorragia obstétrica.¹⁷ (Ver anexo 3).

1.4 Evaluación

Las acciones realizadas por los servicios de salud referentes a la mortalidad materna, así como las realizadas para otros programas, deben ser medidas y evaluadas para el mejoramiento de las acciones: éste es el marco en el que se encuadra el presente trabajo, por lo que se revisarán aspectos acerca de la evaluación y la investigación evaluativa.

La evaluación es una herramienta que permite verificar el cumplimiento de los estándares que aseguren la calidad como punto de partida para la mejora continua.¹⁷ De forma general, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo define a la evaluación como “el proceso mediante el cual se determina el valor o significación de una actividad, política o programa. Es una apreciación tan sistemática y objetiva como sea posible, de una intervención planeada, en curso o concluida. La evaluación de la calidad en salud, es un juicio para determinar si la atención médica tiene dicha propiedad y en qué medida la tiene”.¹⁸

Donabedian hace referencia, en cuanto a la evaluación de la calidad, como “Aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, la cual es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias”.¹⁸

En la evaluación de la atención médica, el objetivo es el mejoramiento continuo de los servicios de salud brindados a la población, y para poder realizarla es necesario conocer y establecer condiciones y procedimientos para llevar a cabo cada actividad. La evaluación de la atención médica está dada por los resultados obtenidos en la salud, atribuibles a la atención medica brindada.

Existen varias formas de evaluar la calidad de la atención médica. Una de las más utilizadas es la evaluación de la historia clínica de los pacientes, y la nota médica del expediente clínico, documento en el que deben anotarse procedimientos, decisiones y otros asuntos particulares de tal forma que se puedan medir las condiciones específicas en el manejo del paciente.

Las instituciones de salud tienen la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención brindada por los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y

al reto de la competitividad mediante actividades continuas de revisión interna y de observación de los métodos de examen y tratamiento.¹⁹

Un aspecto fundamental en cuanto a la atención médica es el hecho de que no puede haber mejoría de la calidad de la atención si no existe un sistema que permita determinar su nivel y el impacto que esta misma atención ha tenido.

A continuación se menciona la teoría evaluativa en la que se apoya esta investigación.

1.5 Investigación evaluativa

La investigación evaluativa define el término evaluar como: emitir un juicio, basado en criterios y normas, sobre una actividad o un resultado; es un medio sistemático para aprender empíricamente y mejorar las actividades actuales y futuras.²⁰

La investigación evaluativa se encarga de la recolección de información confiable sobre el funcionamiento de actividades y el grado en que se ha producido un resultado determinado. Este tipo de investigación supone que quien investiga, de alguna manera está interviniendo; así, la finalidad de la evaluación es influir en los tomadores de decisiones de acuerdo con los resultados obtenidos, pero al mismo tiempo modifica puntos de vista de quienes la realizan, construyendo así un proceso educativo que resulta en un acto de responsabilidad. La evaluación sirve también para identificar problemas, y proporciona al mismo tiempo sugerencias de mejora.²¹

Desde este punto de vista, la evaluación tiene al menos cuatro propósitos:

- 1) Éticos, para generar reportes dirigidos a tomadores de decisiones y ciudadanos. Permite la transparencia y la rendición de cuentas.
- 2) Gerenciales, dirigidos a mejorar el manejo de los recursos.
- 3) Toma de decisiones al proporcionar evidencia para decidir la continuación, finalización o cambio de una política o un programa.
- 4) Capacitación y motivación, ya que este punto contribuye a la mejora organizacional, al diálogo y la cooperación entre actores: incrementa la comprensión

y el involucramiento entre los procesos y el logro de los objetivos.²¹

Con base en lo anterior, esta investigación toma los principios básicos de la investigación evaluativa, en la cual se percibe a la evaluación como una acción dirigida a emitir un juicio fundamentado en la aplicación de criterios y normas acerca de la realización de una actividad; en este caso, se evaluará el apego a la normatividad existente para un proceso de atención médica. La investigación evaluativa está basada en la recolección de información confiable del funcionamiento de estas actividades. Para nuestro caso se utilizaron como fuente de información los expedientes clínicos, ya que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, estos son documentos oficiales.

Por último, la investigación evaluativa supone que al realizar la investigación se realiza también una intervención, puesto que los resultados por sí solos aportan bases para la mejora de estas actividades, y este es uno de los fines para realizar la presente investigación.

Para llevar a cabo una evaluación adecuada es necesario establecer ciertos parámetros que permitan realizar la comparación de resultados, ya que de lo contrario la evaluación carecería de fundamento.

Para el caso de la evaluación de los servicios de salud se han establecido ciertos parámetros a través de las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs), que son de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los servicios de salud, y que sirven como parámetro para la medición de la calidad de la atención.

1.6 Normas Oficiales Mexicanas (NOMs)

Son definidas de acuerdo a su naturaleza como normas jurídicas de carácter técnico expedidas por órganos de la administración pública. De acuerdo a la Ley de Normalización, se definen como "la regulación técnica de observancia obligatoria por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40 de esta Ley, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables al producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de reproducción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación".²²

La Ley General de Salud establece que es competencia del Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud, dictar las normas técnicas a que estará sujeta la prestación del servicio de salud en el territorio nacional, así como la verificación de su cumplimiento.²³

En la elaboración de las NOMs participan las diferentes dependencias a quienes corresponda la regulación o control del producto, servicio, método, actividad o materia a normalizarse.²⁴

La Ley de Normalización Federal sobre Metrología y Normalización establece los lineamientos para el establecimiento de las NOMs, lo que se pretende establecer, su contenido, así como quiénes participan en su elaboración y los lineamientos para las reformas.

Las normas técnicas tienen por objeto uniformar determinados procesos, productos o servicios con el fin de proteger la vida, la seguridad y el medio ambiente, es decir, garantizar que en la realización de ciertos procesos, elaboración de productos o prestación de servicios no existan riesgos, evitar los abusos e impedir accidentes estableciendo condiciones mínimas de seguridad.²⁴

Otro objetivo de las Normas Oficiales Mexicanas es regular cuestiones técnicas, establecer especificaciones para dar cumplimiento a obligaciones establecidas en los reglamentos o en la ley.

Las NOMs actualmente son un instrumento básico para la garantía de la atención de calidad dentro de los servicios de salud, y para mejorar la calidad de la atención médica.²⁵

La aplicación y seguimiento a la *NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido* es el interés central del presente trabajo, por lo que daremos algunas generalidades específicas de ella. Su nombre oficial es Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el seis de enero de 1995.¹⁶

Fue creada con el fin de mejorar los servicios en la población materno-infantil, y disminuir los riesgos para este grupo de la población a través de procedimientos normados para su atención, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el territorio nacional, contribuyendo de esta forma a corregir desviaciones en el manejo que

afecten la calidad de atención, señalando acciones específicas para la disminución de la mortalidad y morbilidad materna e infantil en la parte correspondiente a la atención de los prestadores de servicio e instituciones.

Su objetivo es “establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales”; en ella se incluyen definiciones y terminología relacionada con la atención materno-infantil, como edad gestacional, embarazo normal, aborto, parto, puerperio, recién nacido, entre otros. Entre sus disposiciones generales establece:

- Que la atención a una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria y debe ser atendida en cualquier unidad de salud, ya sea pública o privada.
- Que la atención a la mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio debe brindarse con calidad y calidez.
- La unidad de atención deberá disponer de un instrumento para catalogar el riesgo obstétrico.
- Las actividades que deben realizarse durante el control prenatal: elaboración de historia clínica, identificación de signos de alarma, medición, registro y valoración de peso, talla y presión arterial; valoración de riesgo obstétrico, crecimiento uterino y estado de salud del feto, determinación de estudios de laboratorio, prescripción de hierro, y otros medicamentos, aplicación de toxoide tetánico, orientación nutricional y promoción de la salud específica para este periodo.
- Criterios de referencia a unidades de segundo y tercer nivel, de acuerdo a las necesidades de cada paciente, así como entrega de documentos oficiales de control prenatal, como es el carnet perinatal.
- En cuanto a la atención del embarazo, establece cinco consultas de atención prenatal como mínimo, siendo la primera en el transcurso de las primeras 12 semanas de gestación, y posteriormente entre las 22-24, 27-29, 33-35, 38-40 semanas de gestación, y en caso de prolongarse el embarazo por más de 40 semanas, se requerirá de una consulta semanal sin rebasar la semana 42.
- Establece actividades para la prevención de retraso en el crecimiento intrauterino, y bajo peso al nacimiento.
- Para la atención del parto, se indica que todas las unidades que brinden este servicio, deben contar con procedimientos normados para la prestación de esta atención en condiciones normales, haciendo énfasis en la elaboración del expediente clínico, historia clínica y partograma; se indica también que los médicos deben aplicar la Norma Institucional a estos procedimientos.

- Establece medidas específicas para la atención del periodo de trabajo de parto, periodo expulsivo y alumbramiento.
- Se indican también procedimientos para atención del puerperio inmediato, incluyendo el uso de métodos de planificación familiar, orientación a la madre sobre cuidados del recién nacido, lactancia y signos de alarma para el binomio.
- Para atención del puerperio mediano y tardío establece tres consultas como mínimo.
- Se indican también cuidados específicos para el recién nacido, protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.
- Se incluyen en la norma las bases para la atención del niño con bajo peso al nacimiento, prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito.
- La norma establece que todas las actividades brindadas a mujeres durante el periodo de embarazo, parto y puerperio deben registrarse en los formatos específicos para cada caso. Para ello incluye apéndices de registro y parámetros de clasificación.¹⁶ (Ver anexo 1).

Un aspecto importante que debemos comentar es el hecho de que la sola existencia de una NOM que regule la atención médica a través del establecimiento de criterios o indicadores (en este caso, para la atención de embarazo, parto y puerperio) no contribuye por sí sola al mejoramiento de la calidad de atención, puesto que para alcanzar dicho fin intervienen múltiples factores, como son: el conocimiento, la capacitación y la correcta aplicación de esta NOM por el personal de salud, así como el hecho de que no se realicen las modificaciones en tiempo y forma (ya que la Ley Federal Metrología y de Normalización indica que las normas deben actualizarse en un plazo de cinco años y bajo ciertos lineamientos), los problemas de apego a la normatividad existente por el personal de salud, así como la falta de evaluación de este apego.

Las deficiencias en el seguimiento de la normatividad establecida para la atención se expresan en tratamientos médicos inadecuados e inoportunos, incumplimiento de protocolos de atención, ausencia o deficiencia en actividades de promoción o prevención, deficiente calidad de la historia clínica, entre otros.²⁵

Como hemos mencionado, esta investigación se llevará a cabo en el primer nivel de atención a la salud, por lo que a continuación se expone información básica sobre este nivel de atención dentro de los servicios de salud de Veracruz.

1.7 Primer nivel de atención a la salud

Las instituciones de salud, se organizan de acuerdo a los servicios que ofrecen a la población en tres niveles, siendo el primer nivel de atención el que brinda servicios básicos de salud, y el tercer nivel el que ofrece servicios de mayor complejidad, y por lo tanto requiere de personal y tecnología especializada.²⁵

El primer nivel de atención es resolutivo para la gran mayoría de los problemas de salud, para lo cual no es necesario equipo y tecnología sofisticados, siendo la estructura básica, un área para consultorio médico, área de medicina preventiva, y un área de curaciones.²⁶

Las unidades de atención médica que integran este primer nivel de atención son los centros de salud, ya sean rurales o urbanos, y las unidades de medicina familiar. La atención que se brinda en estas unidades es primordialmente la consulta médica general; sin embargo, una actividad importante que caracteriza a este nivel es la medicina preventiva, así como la promoción a la salud.

Estas unidades de salud son atendidas por médicos y enfermeras generales, y ocasionalmente por médicos familiares; éste personal se encuentra organizado para la realización de su trabajo en núcleos básicos.

Un núcleo básico está formado por un médico y dos enfermeras, mismos que tendrán bajo su responsabilidad un total de 100 a 500 familias o bien 3000 habitantes, esta población debe encontrarse a menos de 60 minutos de la unidad de salud, en su medio habitual de traslado, ya sea a pie o en otro medio de transporte. Por cada tres núcleos básicos se integra un promotor de salud.²⁶

De esta forma se distinguen:

- Centros de salud con un solo núcleo básico, ubicados generalmente en zonas rurales, en los que las actividades primordiales son la consulta médica, actividades de medicina preventiva y actividades de promoción. Su infraestructura consta de un consultorio médico, área de curaciones e inmunizaciones, área de observación, así como un área para que resida el personal.
- Centros de salud con dos a doce núcleos que tienen bajo su responsabilidad una población de más de 500 familias o 6,000 habitantes. Los servicios que ofrecen básicamente son los mismos que los centros de un solo

núcleo, pero por cada dos núcleos básicos se agrega el servicio odontológico, y de acuerdo al incremento de estos núcleos se integra el servicio de rayos X y laboratorio.

El primer nivel de atención establece comunicación con el segundo y tercer nivel a través del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, con lo cual se brinda a la población que lo amerita capacidad resolutoria y oportuna de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Nos referiremos ahora al primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa de los Servicios de Salud de Veracruz, por ser aquí donde se realizó la investigación.

Las unidades que integran este nivel de atención son los centros de salud, que en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa hacen un total de 82, en donde se brinda la consulta prenatal y de puerperio, resolviéndose la gran mayoría de los casos de esta atención, puesto que sólo los casos en los que se identifica riesgo obstétrico son enviados para su atención al segundo nivel. Los hospitales de referencia con que cuenta esta jurisdicción son cinco.

Entre las actividades preventivas para el control prenatal está la vacunación, que se realiza tanto para la prevención de enfermedades virales durante el embarazo a mujeres en edad fértil, como la vacunación específica a embarazadas para prevención de tétanos neonatal.

Las acciones de promoción específicas para la salud materna están dadas por la promoción y consejería en diferentes grupos sobre planificación familiar y maternidad sin riesgos, y de forma específica a través de los clubes de embarazadas en los que se brindan pláticas y capacitaciones sobre el embarazo, parto y puerperio, destacando como puntos importantes la identificación de signos y síntomas de alarma, la importancia de la atención del parto institucional, y nutrición entre otros.

Un problema importante para brindar la atención a la salud materna es el personal con el que se cuenta en los centros de salud, ya que en la mayoría de los centros rurales, los núcleos básicos están integrados por personal en servicio social y éstos únicamente se integran por médico y enfermera.

En el medio rural, es frecuente que las localidades de responsabilidad sean dispersas, y esto aunado a personal de salud insuficiente —y con poca experiencia en los

casos de personal de servicio social— repercute de forma importante en la calidad de la atención.

En los centros de salud urbanos el problema de núcleos básicos incompletos también se presenta, por lo que existe una saturación en el servicio que de igual manera repercute en la calidad de la atención.

Otro problema que enfrenta el primer nivel de atención a la salud es el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes, ya que en muchas ocasiones este sistema se vuelve burocrático y en vez de cumplir con el objetivo de establecer un vínculo de atención a los pacientes, es un trámite que dificulta el acceso de las pacientes al segundo o tercer nivel, (en los que se tiene una actitud de deprecio a las acciones del primer nivel); y en cuanto a la contrarreferencia de pacientes, es un sistema que aún no se ha consolidado, puesto que no siempre las pacientes atendidas en el segundo y tercer nivel son contrarreferidas a su unidad de salud, lo que dificulta su seguimiento y manejo.

2. MARCO EMPÍRICO

En este apartado se exponen varios estudios realizados con el diseño de casos y controles que se pretende utilizar en esta investigación.

El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía

Bajo la premisa de que el control prenatal es una estrategia que permite la identificación temprana de problemas que pueden ocasionar una muerte materna, este estudio se realizó con el propósito de evaluar el impacto del control prenatal inadecuado en la muerte fetal tardía.

Material y métodos: estudio de casos y controles para evaluar la asociación del control prenatal inadecuado con la muerte fetal tardía, se incluyeron 97 casos de madres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tuvieron muerte fetal, con edad gestacional entre 28 y 42 semanas y con peso mayor a 500 gramos. Para el grupo control, se seleccionaron tres recién nacidos vivos mayores de 28 semanas de gestación, los cuales fueron productos únicos que nacieron en el mismo día y el mismo hospital; la selección fue aleatoria, haciendo un total de 291 recién nacidos vivos.

El periodo comprendido fue agosto de 1987 a marzo de 1988 en el Hospital General de Zona número 64 del IMSS, en Guadalajara. Los participantes en el estudio fueron seleccionados de una base de datos de la admisión del hospital.

La exposición fue medida como:

a) Control prenatal adecuado cuando se realizó la primera consulta prenatal en el primer cuatrimestre de embarazo, y la proporción de consultas fue mayor al 80% en relación con las esperadas o programadas.

b) Control prenatal inadecuado los casos en los que no se cumplió con estas características.

Para la medición del efecto, se consideró muerte fetal tardía aquel producto de 28 semanas o más de gestación que al nacer no respiró, y no tuvo frecuencia cardiaca ni latidos del cordón umbilical de acuerdo a los lineamientos de la OMS.

Para la evaluación de asociación entre variables se utilizó razón de momios (OR por sus siglas en inglés) y su intervalo de confianza, se calcularon coeficientes beta y la X^2 por regresión logística para controlar los factores de confusión.

Para comparar los dos grupos estudiados se calculó el promedio de algunas variables en ambos grupos, encontrando diferencias estadísticamente significativas en edad, peso materno y edad gestacional de la primera visita prenatal. Los casos tuvieron menor proporción de atención prenatal en el primer cuatrimestre que los controles. El grupo de casos tuvo un porcentaje mayor de desinformación en el control prenatal, la proporción de madres sin control prenatal fue mayor en el grupo de casos.

Para tener mejor control de los factores de confusión se realizó análisis multivariado, en donde se encontraron resultados estadísticamente significativos del control prenatal inadecuado con muerte fetal. El OR calculado a partir de Chi cuadrada controlado por seis variables fue de 3.7, con un intervalo de confianza de 1.6 - 8.5.

La mortalidad fetal tardía se encontró asociada con el control prenatal inadecuado; esta asociación fue significativa utilizando la regresión logística puesto que el análisis por tablas de contingencia no permitió el control

de más de una variable de confusión.²⁶

Control prenatal y mortalidad evitable

Este estudio se realizó con el objetivo de evaluar el comportamiento de la mortalidad perinatal de acuerdo a los controles prenatales de mujeres a quienes se les atendió el parto en el Hospital General de Agudos "Manuel Belgrano", comparado con la mortalidad perinatal, el número de consultas antes del parto, y el trimestre en el que se inicia el control del embarazo.

El estudio se realizó en el Hospital antes mencionado durante un periodo de dos años. Se analizaron 1943 historias clínicas de nacimientos ocurridos en la sala de tococirugía. Para este estudio, se tomó la definición de Tasa de Mortalidad Perinatal de acuerdo a la International Classification of Diseases (ICD).

El grupo de casos estuvo integrado por las mujeres que llevaron control prenatal y a quienes se les atendió el parto en dicho hospital. El grupo control estuvo integrado por 585 mujeres seleccionadas de forma aleatoria, que se atendieron el parto en el Hospital.

Para el control prenatal, se agrupó a las mujeres tanto de los casos como los controles en cuatro grupos de acuerdo a la cantidad de citas prenatales a las que asistieron:

Grupo 1: cero consultas

Grupo 2: una a tres consultas

Grupo 3: 4 a 8 consultas

Grupo 4: 9 consultas o más.

De esta manera se determinó en ambos grupos el total de pacientes en cada grupo y la tasa de mortalidad perinatal. Se encontró que el grupo 1 tuvo la mayor población, y el porcentaje más bajo (0%) en cuanto a control en el primer trimestre. La mortalidad perinatal fue más alta en este grupo.

Al graficar estos datos, se encontró que a mayor número de consultas en el primer trimestre, corresponde la tasa más baja de mortalidad. De estos resultados se pudo concluir que entre más precozmente se inicie el control

prenatal, la mortalidad perinatal es menor.²⁷

Factores de riesgo asociados a mortalidad materna

Este estudio se realizó en un Hospital de Nicaragua de enero de 1999 a diciembre de 2002; fue un estudio con diseño de casos y controles, a través de la revisión de expedientes.

El grupo de casos estuvo formado por el total de las mujeres fallecidas por muerte materna en este hospital durante el periodo enero de 1999 a diciembre de 2002, considerando 84 casos.

El grupo control estuvo formado por aquellas mujeres embarazadas con factores de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio que ingresaron al hospital y no murieron. La muestra para el grupo control fue aleatoria, obteniendo dos controles por cada caso, un total de 168 expedientes.

Se tomó como variable dependiente a las muertes maternas obstétricas y no obstétricas hospitalarias, y como variables independientes todos los factores de riesgo que provocaron alguna complicación, como edad, escolaridad, procedencia, intervalo intergenésico, antecedentes personales obstétricos, número de controles prenatales, entre otros.

El análisis de los datos se hizo en el programa SPSS 1999, mediante el cruce de variables con tablas de distribución de frecuencias y porcentajes. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron Chi cuadrada para determinar la significancia estadística y la desigualdad relativa para medir el impacto.

En los resultados de este estudio se estableció la frecuencia y porcentaje de cada una de las variables estudiadas, permitiendo realizar la asociación de éstas con la presencia de muerte materna. Entre las más significativas relacionadas con nuestra investigación están:

La razón de mortalidad, la cual fue de 210 por 100, 000 nacidos; las principales causas fueron las obstétricas directas, siendo el síndrome hipertensivo gestacional la más frecuente seguido por la sepsis. El 78.8% de las muertes ocurrieron en el puerperio, y 20.2% en el embarazo.

En cuanto a los factores socio-demográficos relacionados con la mortalidad materna se encontró que las mujeres

que proceden del área rural tienen 10.7 veces mayor probabilidad de morir que las mujeres del área urbana; en cuanto a escolaridad, el 20.2% de las pacientes fallecidas no tenía escolaridad, en comparación con el 4.8% de las no fallecidas, por lo que el riesgo de morir en una mujer analfabeta es cuatro veces más alta que el de una mujer con algún nivel de primaria, y 6.69 veces más probable que el de una mujer con algún nivel de secundaria, y 3.72 más probable que alguna mujer universitaria.

En cuanto a la edad, el 20.2% de los casos fueron adolescentes, 62.9 tenían edad óptima para la gestación y sólo un 11.9% eran mujeres mayores o iguales a 35 años. Se encontró también que las pacientes con edad avanzada tienen 4.12 veces mayor probabilidad de morir mientras que la edad considerada como la ideal para el embarazo constituyó un factor protector con un OR de 0.97 y con un intervalo de confianza al 95% de 0.48 - 1.97.

En los factores obstétricos, se encontró que las mujeres con antecedentes de 2 a 5 embarazos tienen mayor riesgo de muerte que las primíparas, y las grandes multíparas tienen casi dos veces mayor riesgo de morir que las mujeres con dos a cinco hijos. El OR para 14 a 19 años de edad fue de 1, de 20 a 24 años fue de 2.17, de 25 a 34 años fue de 2.24 en mayores de 35 años fue de 4.12.

El intervalo intergenésico corto incrementa el riesgo de muerte en 2.42 veces.

En cuanto al control prenatal, el 63% de los casos de muerte no llevaron control prenatal, encontrándose que en éstas el riesgo de muerte se incrementó en 3.5 veces.²⁸

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna es un problema de salud pública, pues de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, "cada año mueren más de medio millón de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto",²⁹ lo cual en la mayoría de las ocasiones podría ser evitable si la calidad de la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio mejorara, pues se lograría detectar de forma temprana las posibles complicaciones que culminan en la muerte materna.

Tal es la importancia de este problema, que la mejora de la salud materna es un compromiso a nivel internacional, plasmado en los Objetivos para el Desarrollo del Milenio,

los cuales comentaremos a continuación.

3.1 La muerte materna y los Objetivos del Desarrollo del Milenio

En septiembre de 2000, se llevó a cabo la Cumbre del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas en Nueva York, siendo la reunión más grande en la historia de Jefes de Estado, ya que participaron 189 países, entre ellos México.

En esta reunión se plasmó la Declaración del Milenio, en la que los países participantes establecieron compromisos en siete dimensiones:

- La paz, la seguridad y el desarme.
- El desarrollo y la erradicación de la pobreza
- La protección del entorno
- Los derechos humanos, la democracia y el buen gobierno
- La protección de las personas vulnerables
- La atención a las necesidades especiales de África
- El fortalecimiento Naciones Unidas.

Los objetivos del desarrollo y erradicación de la pobreza se han denominado Objetivos del Desarrollo del Milenio, y son:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Para cada uno de estos objetivos se fijaron metas e indicadores específicos a cumplir; así, para el objetivo 5, relacionado con este trabajo, se estableció:

- La meta 6: *“reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.*
- Dos indicadores: el 16 *“tasa de mortalidad materna y el 17 “porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado”.*³⁰

Para México esto se traduce en reducir las muertes maternas de 89 a 22.3 por 100,000 nacimientos en este periodo. Sin embargo, el análisis histórico a este respecto es: entre 1990 y 1995 la reducción fue de 6.5%, entre 1995 y 2000 fue de 12.7%, y de 2000 a 2005 fue de 12.8%, de tal forma que para el año 2007 la RMM nacional fue de 52.7, lo que permite observar que la meta planteada por los ODM no será alcanzada si no se implementan estrategias para la reducción sustancial de este indicador.³¹

La mortalidad materna es un indicador de las condiciones de salud de un país; para México representa un grave problema de salud pública, ya que en los últimos años este indicador se ha mantenido prácticamente estable, es decir, no se logró una reducción significativa en la presentación de estos casos, lo que dificulta de forma importante el cumplir con el compromiso de los Objetivos del Milenio.

Otro aspecto importante al respecto es que se han modificado las condiciones de presentación; anteriormente estos casos se presentaban en mujeres con embarazos en los extremos de la edad reproductiva, de comunidades pequeñas con problemas de acceso a unidades de salud, con escolaridad baja o nula, así como multiparidad; y en los últimos años la mayoría de las muertes maternas suceden entre los 25 y 34 años de edad, y se ha incrementado la presencia de defunciones en áreas metropolitanas y con escolaridad superior al nivel básico.

En cuanto a las causas específicas, los problemas hipertensivos relacionados con el embarazo siguen siendo la causa principal. El momento de presentación de la muerte predominantemente sigue siendo durante el embarazo y con menor frecuencia en el postparto.³²

El acceso a los servicios de salud y la calidad de éstos son factores fundamentales en las acciones a seguir para disminuir la mortalidad materna; sin embargo, en nuestro país, de acuerdo al registro en el certificado de defunción, el 85% de las pacientes que fallecieron por causas maternas recibieron atención médica previa; a este respecto, se estima que se ha logrado una cobertura de atención prenatal aceptable, por lo que es interesante conocer qué parte de este proceso de

atención necesita ser reorientado para obtener mejores resultados.

De forma tradicional, se ha identificado la inaccesibilidad a las unidades de salud como uno de los factores más importantes en las defunciones maternas; en este sentido el sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención constituye un obstáculo, ya que muchas veces la falta de coordinación entre el primer nivel de atención y los de mayor complejidad retrasa la atención, o bien, no se da un buen seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención al manejo iniciado en el primero.

Otro aspecto fundamental es la capacitación del personal de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio y sobre todo en la identificación y manejo de urgencias obstétricas tanto en primer como en segundo nivel. En este aspecto es fundamental que las unidades de salud cuenten con los elementos indispensables para proporcionar una atención de calidad.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de una población, ya que refleja también las condiciones estructurales, la eficacia, eficiencia y la calidad de los servicios.³³ A nivel mundial, la mortalidad materna es considerada como un problema de salud pública, por lo que desde hace más de dos décadas, organismos internacionales relacionados con salud han realizado acciones dirigidas a su reducción. Sin embargo, estas acciones han sido deficientes para su control.

En los últimos años se ha identificado que estas muertes ocurren principalmente por la falta de apego a las Normas Oficiales y Lineamientos Técnicos en el proceso de atención, pues se considera que "los daños obstétricos y riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados exitosamente a través de la aplicación de procedimientos normados."³⁴

De esta forma, la muerte materna está estrechamente relacionada con la calidad de la atención prenatal, pues a través de ésta se aseguran las condiciones mínimas necesarias para evitar complicaciones, y en caso de presentarse, brindar el manejo más acertado.

Una estrategia implementada a nivel nacional para abatir la muerte materna es el programa "Arranque Parejo en la Vida", que está fundamentado en la implementación de una red de servicios de salud, y que de forma particular

se enfoca al primer nivel de atención por ser el primer contacto con las pacientes; se incluyen parteras y brigadas; y está fundamentado en la detección del riesgo obstétrico para su atención oportuna a través de la implementación de redes sociales que faciliten el traslado de las pacientes a las unidades que se requiera, así como la posibilidad de albergues específicos para estas pacientes en el caso de requerirlo.³⁵

Gracias a ésta y otras estrategias anteriores, en años recientes se ha logrado alcanzar niveles entre 85 y más de 90% de cobertura del control del embarazo, parto y puerperio; a pesar de ello, esto no ha conseguido cambiar la panorámica de la tendencia de la muerte materna.³⁷

La mayoría de los modelos de control prenatal utilizados no han pasado por una evaluación científica rigurosa para conocer a ciencia cierta su efectividad; esta falta de evidencia debe tenerse en cuenta en las estrategias implementadas para la reducción de la muerte materna, ya que a pesar del deseo de mejora de los servicios de salud materna no se ha logrado el objetivo, sobre todo en los países en desarrollo, en los cuales la implementación de programas de control prenatal frecuentemente ha sido deficiente, y además, las consultas médicas irregulares, con tiempo de espera prolongado, demeritan la calidad de la atención médica.³⁶

3.2 La muerte materna en Veracruz y en la Jurisdicción Sanitaria V

El estado de Veracruz es una de las entidades con mayor problema en cuanto a salud materna, pues como ya se comentó en secciones anteriores; en el año 2007 ocupó el quinto lugar a nivel nacional con una RMM de 78.5 y en 2008 ocupó el sexto lugar con una RMM de 74.³⁷

Analizaremos a continuación la ocurrencia de muerte materna en los últimos cinco años en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa, lugar y periodo elegido para realizar esta investigación.

Tabla 1. Razón de mortalidad materna Jurisdicción Sanitaria V

Año	Número de defunciones	RMM*
2004	14	81
2005	10	58
2006	9	61
2007	12	79
2008	11	75

*Por 100,000 NVR Fuente: Registros de vigilancia epidemiológica de muertes maternas. Coordinación de Salud Reproductiva. Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.

Como podemos observar en la tabla anterior, la RMM dentro de la Jurisdicción Sanitaria V, del año 2004 a 2005 tuvo una reducción importante; sin embargo, entre 2005 y 2007 tuvo un repunte que hasta 2008 persiste.

Con esta RMM la Jurisdicción Sanitaria V se ha mantenido en los tres primeros lugares entre las Jurisdicciones del estado, junto con la Jurisdicción de Orizaba y Poza Rica, durante el periodo 2004 a 2009.³⁸

Del análisis de los datos municipales podemos comentar que los municipios de mayor importancia en cuanto a la presentación persistente y número de defunciones maternas en los últimos cinco años son: Xalapa, Perote, Ayahualulco, Coatepec y Emiliano Zapata, mientras que los municipios de Altotonga y Las Minas han presentado menor número, aunque en forma consecutiva, en los dos últimos años. Los municipios de Banderilla, Naolinco, Xico, Teocelo y Yecuatla presentaron una defunción en 2004 sin repetir el evento hasta 2008. (Ver Tabla 2.)

Los municipios de Chiconquiaco y Jilotepec presentaron el año pasado una defunción materna, por primera vez en los últimos cinco años.

Tabla 2. Defunciones maternas por municipio. Jurisdicción Sanitaria V. 2004 a 2008

Municipio	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Xalapa	3	3	1	4	2	13
Perote	4	2		2	2	10
Ayahualulco		1	2	1		4
Coatepec	1	1			2	4
E. Zapata	2	1				3
San Andrés T.			1		1	2
Altotonga				1	1	2
Las Minas				1	1	2
Tlaltetela	1	1				2
Acajete			1			1
Actopan			1			1
Alfo Lucero			1			1
Banderilla	1					1
Chiconquiaco					1	1
Jilotepec					1	1
Naolinco	1					1
Tatafila				1		1
Teocelo			1			1
Tepetlán				1		1
Tonayán		1				1
Villa Aldama					1	1
Xico	1					1

Yecuatla	1					1
Total	15	10	8	11	12	56

Fuente: Registros de vigilancia epidemiológica de muertes maternas. Coordinación de Salud Reproductiva. Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.

Además podemos comentar que la muerte materna en esta Jurisdicción es un problema importante tanto en municipios en zonas rurales como Perote, Ayahualulco y Las Minas, pero también en municipios de zonas urbanas como Xalapa y Coatepec, en donde se no se considera la inaccesibilidad a los servicios de salud como un factor importante.

En cuanto a las principales causas de muerte materna en los últimos cinco años en la Jurisdicción V Xalapa, se encuentran las patologías por enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP), y sus complicaciones como choque hipovolémico, así como las hemorragias relacionadas con el parto, y sus complicaciones (choque hipovolémico, anemia hemolítica) que en su mayoría son patologías que pueden detectarse en forma temprana para evitar complicaciones que lleven a la muerte, proceso en el que el apego a la normatividad existente para el control prenatal tiene vital importancia.

En la tabla 3 se presentan las principales causas de muerte materna en la Jurisdicción Sanitaria de 2004 a 2008, mismas que fueron registradas como causa principal de la muerte, de acuerdo a la información proporcionada por la Coordinación de Salud Reproductiva jurisdiccional, tomadas a su vez de los certificados de defunción de estos casos. Esta tabla además, nos permite observar el problema de registro de la causa básica de la muerte, ya que algunas de ellas como "aneurisma intraparto, o anemia hemolítica", son causas mal definidas, que dificultan el conocimiento real de la causa de la muerte.

Por otro lado, el hecho de que persistan las mismas causas nos da una idea de que no se han realizado cambios efectivos en el proceso de atención a la mujer embarazada, que se traduzcan en disminución de la mortalidad materna.

Tabla 3. Principales causas de muerte materna en la Jurisdicción Sanitaria V. 2004 a 2008

2004	2005	2006	2007	2008
Choque hipovolémico	Choque hipovolémico	Síndrome de HELLP	Tromboembolia pulmonar	Tromboembolia pulmonar
Tromboembolia pulmonar	Eclampsia	Choque séptico	Preeclampsia	Eclampsia
Choque séptico	Anemia hemolítica	Hemorragia postparto	Síndrome de HELLP	Sepsis
Hipertensión inducida por el embarazo	Sepsis puerperal	Choque hipovolémico	Choque mixto	Hemorragia postparto
Shock neurogénico	Diabetes gestacional	Tromboembolia pulmonar	Aneurisma	Choque séptico

Fuente: Registros de vigilancia epidemiológica de muertes maternas. Coordinación de Salud Reproductiva. Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.

En cuanto a la proporción de defunciones maternas con control prenatal tenemos los siguientes datos:

Tabla 4. Defunciones maternas con control prenatal en la Jurisdicción Sanitaria V. 2004 a 2008

Control Prenatal	2004	2005	2006	2007	2008
Sí	12	6	8	10	12
No	3	4	0	1	0

Fuente: Registros de vigilancia epidemiológica de muertes maternas. Coordinación de Salud Reproductiva. Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.

Como se observa en la Tabla 4, el número mujeres que llevó control prenatal es mucho mayor que el de mujeres sin control prenatal, lo que nos da una idea de la baja calidad de la atención médica en el proceso de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, ya que a pesar de tener este control, no se ha logrado el objetivo fundamental que es el mejorar la salud materna y perinatal y, por supuesto, evitar la muerte.

En respuesta a este panorama, a partir de 2005 se inició un programa específico para la reducción significativa de la mortalidad materna en esta Jurisdicción, partiendo de acciones preventivas, de promoción y de vigilancia epidemiológica. Dentro de este último aspecto se contempla la detección oportuna de mujeres con complicaciones del embarazo, a fin de darles seguimiento en forma adecuada; además se establecieron acciones de supervisión en la aplicación de la NOM 007-SSA2-1993. Sin embargo, hasta el momento no se tiene una evaluación de esta estrategia, y no se ha logrado el objetivo de reducción de la muerte materna.³⁴

Podemos resumir nuestro planteamiento en la importancia que tiene el primer nivel de atención de la mujer durante el embarazo y puerperio, ya que el otorgamiento de esta atención con apego a los lineamientos marcados para ello, específicamente a la NOM 007, permitiría detectar en forma temprana los casos susceptibles de complicación, tomar las acciones necesarias y evitar así la muerte materna.

3.3 Justificación

3.3.1 Vacíos de conocimiento

La investigación científica es un proceso que tiene como fin resolver problemas de vacío de conocimiento, al

garantizar la producción de conocimiento, o bien alternativas de solución: éste es el punto de partida de esta investigación, ya que dentro de los servicios de salud, y específicamente dentro de la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa, no hay datos de investigaciones similares a la propuesta por este trabajo; es decir, no se cuenta con datos de evaluaciones en cuanto a la calidad de la atención materna, específicamente de evaluación del apego a la normatividad existente para este proceso de atención; es por esto que se considera que el presente estudio aportará datos importantes para conocer este proceso de atención, y se verificará si existe asociación directa con las defunciones maternas, así como identificar áreas de mejora en los procesos de atención a la mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio, dentro de esta Jurisdicción Sanitaria.

3.3.2 Magnitud

La muerte materna, en la actualidad, es un grave problema de Salud Pública, como hemos mencionado anteriormente, considerado como uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de los países, por lo que se ha incluido dentro de los Objetivos del Milenio, en los que los 189 países participantes, -entre ellos México-, adquirieron el compromiso de reducir la muerte materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que para nuestro país significa reducir la RMM de 89 a 22.3 por 100,000 nacidos vivos en ese periodo.

De acuerdo a los registros de muerte materna a nivel nacional en los últimos años, México presenta una RMM muy por arriba de lo esperado para cumplir con estos objetivos (55.2 por 100,000 nacidos vivos en 2008); de tal forma que si no se implementa una estrategia efectiva, que permita un avance significativo en la reducción de la muerte materna, México difícilmente podrá cumplir con este compromiso internacional. En este sentido el control prenatal adecuado es una de las mejores estrategias para el abatimiento de la muerte materna, sin embargo, hasta el momento no ha logrado su objetivo de garantizar una maternidad saludable, a pesar de haber incrementado de forma importante su cobertura en los últimos años; esto tiene una relación directa con la calidad con que se lleva a cabo. Otro aspecto importante para mejorar la calidad de la atención médica es el apego a la normatividad existente, que para el control prenatal se traduce en el apego a la NOM 007, ya que el apego a los lineamientos existentes para estos proceso, garantiza una mejor calidad en la atención.

3.3.3 Trascendencia

Actualmente la sociedad demanda cada vez más servicios de calidad que garanticen el mantenimiento o la recuperación de la salud, de aquí la trascendencia que tiene el apego a la normatividad existente para la atención de la mujer en periodo de embarazo, parto y puerperio que garantice la calidad de esta atención, ya que, como se ha comentado anteriormente, el apego a estándares y normas de atención pueden contribuir en la detección oportuna de complicaciones que conducen a la muerte materna, o bien a la atención adecuada de los casos de urgencia.³⁸

El aspecto que nos ocupa en esta investigación es la atención de los servicios de salud para la salud materna, específicamente en las unidades de primer nivel de atención, ya que es el encargado del control del embarazo y puerperio y aunque, como hemos analizado, la mayoría de las muertes ocurre a nivel hospitalario, es durante el control prenatal en las unidades de primer nivel de atención donde podrían detectarse complicaciones en fase oportuna, y así evitar la muerte.

En nuestro país, si no se logra una reducción rápida de las defunciones, no se podrá cumplir con las metas planteadas que permitan lograr los Objetivos del Milenio para el año 2015, lo que traería consigo múltiples repercusiones a nivel nacional e internacional, sin dejar de lado la trascendencia a nivel familiar y social que trae consigo una muerte materna.

Dentro de los programas de calidad se hace alusión a que sí es posible modificar los procesos de atención, al realizar la estandarización de procesos y procedimientos de atención, mediante el seguimiento adecuado de lineamientos establecidos en manuales o NOMs, con lo cual hay un mayor aseguramiento de la calidad. De aquí la trascendencia del apego que el personal de salud tenga a estos lineamientos y a la normatividad vigente para llevar a cabo este proceso de atención, con lo que seguramente se lograría modificar de forma importante las complicaciones que culminan en una muerte materna. No perderemos de vista que la mortalidad materna es un problema multifactorial en el que intervienen otros aspectos que influyen de manera determinante, pero que no son de interés para la presente investigación.

Por otro lado, sabemos que la NOM 007 no ha sido modificada desde su publicación en el Diario Oficial de la Federación; por ello, en esta investigación sólo

se evaluará el apego al seguimiento del protocolo de manejo, ya que la actualización en la normatividad vigente no es tema de este trabajo.

Es importante mencionar también la trascendencia que puede tener la evaluación a la atención materna como punto de partida para emprender modificaciones que permitan implementar acciones de mejora, que repercutan en la menor presentación de defunciones maternas.

3.3.4 Vulnerabilidad

Desde el punto de vista en el que esta investigación plantea la problemática del apego a la normatividad en el proceso de atención de la mujer durante el embarazo y puerperio, se considera que éste es un problema que puede ser modificable favorablemente, ya que los programas de calidad médica plantean que la estandarización de procesos de atención médica, aseguran la mínima calidad requerida, con lo que se logra mejorar el resultado final de la atención, en este caso la disminución de la muerte materna, ya que en teoría es posible evitar otras muertes si se logra identificar y evitar los fallos en la oportunidad y la calidad de los procesos de atención³⁹.

Es necesario lograr la calidad de la atención directa, incrementando la capacidad del médico y de la enfermera para detectar y tratar oportuna y adecuadamente a una paciente; y emprender la adecuación de los procesos organizacionales que sustenten la atención médica,⁴⁰ para lo cual es importante la evaluación de estos procesos, misma que brinda información fiable y pertinente para la toma de decisiones.

Dentro de los modelos de calidad en la atención médica, una parte importante y difícil, es involucrar a todo el personal en la organización en esta nueva filosofía de la calidad; sin embargo, la implementación de estos modelos en forma más frecuente en la actualidad dentro de los servicios de salud, y de acuerdo a las demandas que la población exige, garantiza que el cambio en la actitud hacia la calidad por parte del personal puede ser posible, llevando implícito en este caso el apego a la normatividad específica, que se marca para realizar cada proceso, así como la evaluación a este apego en los procesos como base para la mejora continua.

3.4 Pregunta de investigación

¿Es el apego, por parte del personal médico de las unidades de primer nivel de atención, a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio, un factor que esté asociado con la ocurrencia de muertes maternas en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa?

¿Es el tipo de contratación y la capacitación del personal médico, un factor que esté asociado con el apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio, en las unidades de primer nivel de atención en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

1. Establecer si existe relación entre el apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio por parte del personal médico de las unidades de primer nivel de atención y la ocurrencia de muertes maternas en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.
2. Identificar si existe relación entre el tipo de contratación y la capacitación del personal médico, y el apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio en las unidades de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir al grupo de mujeres con muerte materna y a las mujeres del grupo control.
2. Describir al personal médico que brindó la atención en ambos grupos.
3. Comparar los expedientes con apego a la NOM 007 del grupo de casos y el grupo control a fin de establecer la relación que existe entre el apego a la NOM 007 y la muerte materna.
4. Evaluar el apego que existe en los diferentes componentes de la NOM 007 del personal médico de primer nivel de atención, en la atención a la mujer durante el embarazo y puerperio.
5. Determinar el nivel de apego del personal médico a la NOM 007 en cada unidad médica estudiada, en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.
6. Establecer si existe relación entre el tipo de contratación del personal médico y el apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio en las unidades de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V.
7. Establecer si existe relación entre la capacitación del

personal médico y el apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio en las unidades de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.

8. Detectar áreas de mejora para lograr un mayor apego a la NOM 007.

5. METODOLOGÍA

5.1 Paradigma de investigación

Los paradigmas de investigación son modalidades respaldadas por una teoría filosófica, basada en principios y conceptos teóricos de una disciplina determinada, que de esta forma fundamenta la metodología y los procedimientos de investigación.⁴⁰

En la investigación científica aplicada a la salud, existen tres paradigmas que determinan el modelo a seguir por estas investigaciones:

1. Paradigma lógico-positivista o empírico-analítico.
2. Paradigma simbólico-interpretativo (hermenéutico).
3. Paradigma crítico o dialéctico, materialismo histórico.

El paradigma lógico-positivista también representa al método clásico, que postula la existencia de una realidad objetiva que es posible conocer empíricamente a través de métodos cuantitativos construyendo modelos que permitan explicar y predecir fenómenos similares.⁴¹

De acuerdo a lo planteado, el paradigma que toma como eje esta investigación es el positivista, cuantitativo analítico, ya que en este tipo de enfoque se busca la asociación entre variables, y los objetivos que se pretenden alcanzar son precisamente buscar una asociación entre las variables: apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio del personal médico de las unidades de primer nivel de atención y la ocurrencia de muertes maternas en la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa.

5.2 Diseño de investigación

Para el desarrollo de esta investigación se ha seleccionado el diseño de casos y controles, considerado de importancia en la investigación médica, ya que la información derivada de estudios con este diseño ha sido útil para modificar políticas de salud y avances en el conocimiento médico.⁴¹

Este diseño se caracteriza por el criterio de selección de la población a estudiar, ya que se basa en la presencia (casos) o ausencia (controles) del evento de estudio y en el hecho de que el investigador es quien fija el número de eventos a estudiar, es decir, el número de casos y controles para la investigación.⁴²

Así, el grupo a estudiar queda integrado por dos grupos:

- 1) Grupo de casos formado por sujetos con el evento de estudio, y
- 2) Grupo de controles formado por sujetos sin el evento.

Estos grupos se compararán en relación con la exposición que tuvieron al factor causal del estudio (en este caso la existencia de control prenatal sin apego a la NOM 007), a fin de establecer asociaciones causales entre la exposición y el evento.⁴⁴

Para que esta asociación se considere como válida, se requiere se cumplan varias condiciones:

- a) Que tanto los casos como los controles tengan su origen en la misma base poblacional.
- b) Que los controles representen adecuadamente a la población de donde provienen los casos.
- c) Que los controles cumplan con la condición de que si hubieran desarrollado el evento a estudiar, formarían parte de la población del grupo de casos.⁴⁴

Es importante recalcar que las muestras de casos y controles deben ser representativas de la exposición tanto de enfermos como de sanos de la población definida por el interés de estudio, ya que si este principio no se cumple, se inducen sesgos en la selección de la información, afectando la validez de la investigación.⁴⁴

En esta investigación el grupo de casos será conformado por el total de expedientes de muertes maternas ocurridas durante los últimos cinco años en la Jurisdicción V, y el grupo control estará determinado por expedientes de mujeres que cursaron con embarazo, parto y puerperio satisfactorio en el mismo periodo de tiempo y en las mismas unidades de salud donde ocurrieron las muertes maternas; esto se determinó así con el fin de comparar la exposición de ambos grupos a la atención durante el embarazo y puerperio sin apego a la NOM, y establecer la asociación de la atención sin apego y la muerte materna.

Debido a la selección de casos y controles en el tiempo, ambos grupos están diagnosticados con anterioridad a la investigación, lo que implica que puede haber un sesgo de selección; para controlar este sesgo, se buscará que la selección de los controles sea realmente representativa de la población, cumpliendo con las condiciones a, b y c antes mencionados.⁴³

5.3 Universo de estudio

El universo de estudio de esta investigación se conforma de la siguiente forma:

Grupo de casos: en el que se incluyeron el total de expedientes de los casos de muerte materna atribuible a causas directas registrados en los últimos cinco años en la Jurisdicción Sanitaria V, de acuerdo a los registros de Defunciones Maternas de la Coordinación de Salud Reproductiva en la Jurisdicción Sanitaria V, son 56 casos.

El criterio de inclusión es: todas las defunciones que cuenten con expedientes clínicos de control médico prenatal y que hubieran sido casos de muerte materna por causa directa, ocurridas en los últimos cinco años (2004-2008) de la Jurisdicción Sanitaria V.

El criterio de exclusión es: todas las defunciones con expedientes de muerte materna por causa directa, ocurridos en los últimos cinco años, a los que no se tenga acceso por diferentes causas.

Grupo de controles: se integra con los expedientes de las mujeres que cursaron con embarazo, parto y puerperio exitosos, en los últimos cinco años dentro de la Jurisdicción V. y que cumplieran con los siguientes requisitos:

- Expedientes de mujeres que hubieran cursado con embarazo parto y puerperio en el mismo año del caso en estudio.
- Expedientes de mujeres cuyos controles de embarazo, y puerperio se llevaron a cabo en la misma unidad de salud.
- Preferentemente que tuvieran más o menos cinco años con respecto a la edad del caso de muerte estudiado.

El criterio de inclusión es: todos los expedientes de mujeres que hubieran cursado el embarazo, parto y puerperio exitosos y que cumplieran con las características antes mencionadas.

El criterio de exclusión es: todos los expedientes de mujeres

que hubieran cursado el embarazo, parto y puerperio exitosos y que cumplieran con las características antes mencionadas pero a los que no se pudiera tener acceso por diferentes motivos.

La selección de los expedientes de control se realizará de acuerdo con los siguientes registros:

- Hojas diarias del año en que se llevó el control del caso de muerte materna. Se buscarán en estos registros de forma aleatoria cuatro expedientes que cumplan con los criterios de inclusión ya señalados.

En los casos en los que no se cuente con estos registros se recurrirá a:

- Listados nominales de control prenatal y puerperio de 2004 a 2008, en los que se consignan los datos de las mujeres en periodo de embarazo y puerperio, como: nombre, edad, localidad, trimestre de embarazo o periodo de puerperio y si estuvo en control prenatal en alguna unidad de salud. La búsqueda en estos registros también fue aleatoria.

En caso de no contar con estos registros se recurrirá:

- Listados nominales del Consejo Nacional de Vacunación, en los que se registra a los menores de cinco años con fecha de nacimiento, nombre de la madre y localidad, entre otros datos. La búsqueda de los cuatro expedientes de control por cada caso también será de forma aleatoria.

Una vez encontrados los expedientes que cumplan con los criterios solicitados, la selección se hará de forma aleatoria.

5.4 Variables

La realización de esta investigación será en unidades de primer nivel de atención, las que en su mayoría no brindan el servicio de atención de parto, y tampoco de puerperio inmediato. Por esta razón, sólo se tomarán los apartados de la NOM 007 referentes al control de embarazo, puerperio mediano y puerperio tardío.

El control del puerperio mediano y tardío sí es una atención que deben otorgar estas unidades médicas de primer nivel de atención, independientemente de la atención del parto, por lo cual se ha contemplado como otro parámetro de evaluación. La evaluación del apartado de atención al recién nacido será omitida ya que no es

un tema que se aborde en este trabajo.

Las variables que se considerarán para realizar la evaluación que persigue esta investigación se derivan de los indicadores que marca la NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el periodo de embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en el primer nivel de atención.

Los indicadores de dichas variables fueron sometidos a ponderación por dos expertos, de acuerdo a la importancia de su relación con el desenlace de una muerte materna.

La construcción de estas variables se hizo con base en el *Manual de Atención para Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguros y Recién Nacido Sano*, es un documento oficial, de observancia obligatoria para las unidades de salud de primer nivel de atención de los Servicios de Salud de Veracruz, basado en la NOM-007-SSA2-1993, ya que toma los mismos indicadores, pero haciéndolos más precisos y específicos para cada consulta médica.

Se incluyen también dos variables independientes: el tipo de contratación del médico que brindó la atención, y la capacitación a este personal, con el fin de conocer si estos son factores influyen en el apego a la NOM 007.

El tipo de contratación se dimensionó como: personal en servicio social, personal de contrato o personal de base. Estos datos serán recabados de la plantilla de personal de las unidades de primer nivel de atención del departamento de Atención Médica de la Jurisdicción Sanitaria V.

Para la capacitación, se considera como médico capacitado a aquél que recibió y acreditó el curso "Manejo integral a la embarazada y el recién nacido", en el Centro Estatal de Capacitación Hospital "Dr. Luis F. Nachón", que se brinda a todo el personal médico de primer nivel de atención en forma de curso-taller con el objetivo de actualizar los conocimientos y habilidades para el manejo y control de la embarazada a través del adiestramiento en Servicio, con duración de tres días y en el que se abordan los siguientes temas:

- Marco normativo que rige la atención a estas pacientes, dentro de los que se encuentra la NOM 007 y el Manual de Atención.
- El control prenatal y factores de riesgo.
- Panorama epidemiológico de la muerte materna.
- Prevención, diagnóstico y manejo de las principales complicaciones del embarazo.

Como requisito indispensable para otorgar la constancia de capacitación, el médico debe tener una calificación mayor de 8 en la evaluación final del curso; en el caso de que esta calificación no sea alcanzada, el personal se reprograma, con el fin de asegurar una capacitación de calidad.

Por estos datos se ha tomado este curso-taller como válido para considerar capacitado al personal en esta investigación. Para corroborar los datos de capacitación del personal se utilizarán los registros del Departamento de Enseñanza jurisdiccional y del Hospital "Dr. Luis F. Nachón".

Tabla 5. Variables y dimensiones para evaluar el apego a la NOM 007 por el personal médico de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa, en el periodo 2004 a 2008

Variable	Dimensiones	Subdimensiones
----------	-------------	----------------

Apego	Apego del personal médico a la NOM 007 en la atención de la mujer en periodo de embarazo	Consulta antes de las 12 semanas de Gestación
		Consulta entre las 22-24 semanas de Gestación
		Consulta entre las 27-29 semanas de Gestación
		Consulta entre la 33-35 semanas de Gestación
		Consulta a las 38 Semanas de Gestación
		Consulta después de las semanas de 41 Gestación
	Apego del personal médico a la NOM 007 en la atención de la mujer en periodo de puerperio	Puerperio mediato
		Puerperio tardío
Tipo de contratación del personal que brindó la atención en Primer Nivel de atención.	Personal de servicio social	
	Personal de contrato	
	Personal de base	

Fuente: Construcción propia para esta investigación.

Tabla 6. Definición conceptual y operacional de variables para evaluar el apego a la NOM 007 por el personal médico de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa, en el periodo 2004 a 2008

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional
Apego a la NOM 007	Afición o inclinación para brindar la atención médica de acuerdo a los lineamientos que marca la NOM 007 para la atención de la mujer durante el periodo de embarazo, parto y puerperio.	Se consideró que: Hay apego en aquellos casos en los que se haya cumplido con los indicadores que marca la NOM 007 por arriba del 85% Apego deficiente en aquellos casos en los que se cumpla con los indicadores requeridos por la NOM 007 en 60 al 85% No hay apego cuando se cumpla con los indicadores establecidos por la NOM 007 en 59% o menos. Para obtener el porcentaje de apego cada indicador recibirá una calificación que será de 0 cuando el indicador esté ausente de los registros y de 1 ó 5 si está presente; los indicadores de la NOM 007 de menor trascendencia se calificarán con 1 y los de mayor trascendencia para el control prenatal se calificarán con 5, como se explicita en las tablas de las definiciones operacionales de los indicadores.
Tipo de contratación del personal médico	Médico en servicio social: Profesional de la medicina con carta de pasante legalmente expedida por las autoridades competentes y que esté dentro de los SESVER para cumplir con su servicio social.	Médico en servicio social: Personal médico ubicado en la plantilla de personal en servicio social en el momento de brindar la atención.

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional
	Médico de contrato: Profesional de la medicina debidamente titulado quien se encuentra contratado para realizar su trabajo dentro de los SESVER bajo un contrato por tiempo y obra determinada y por lo tanto es un contrato de trabajo de carácter individual.	Médico de contrato: Personal médico ubicado en la plantilla de personal de contrato en el momento de brindar la atención.
	Médico de base: Profesional de la medicina debidamente titulado, quien se encuentra laborando dentro de los SESVER bajo un contrato colectivo del trabajo.	Médico de base: Personal médico ubicado en la plantilla de personal de base en el momento de brindar la atención.
Personal médico capacitado	Médico que ha recibido capacitación en el manejo de la mujer durante el período de embarazo parto y puerperio con el objetivo de hacerlo más apto para este proceso de atención.	Se considerará como médico capacitado a aquel médico que haya recibido constancia de asistencia al curso-taller "Manejo integral de la embarazada y el recién nacido" impartido en el Centro Estatal de Capacitación "Hospital Dr. Luis F. Nachón". Se considerará como médico no capacitado a todo el personal médico que no haya recibido constancia de asistencia al curso-taller "Manejo integral de la embarazada y el recién nacido" impartido en el Centro Estatal de Capacitación "Hospital Dr. Luis F. Nachón".

Fuente: Construcción propia para esta investigación.

Tabla 7. Indicadores y definiciones operacionales para evaluar el apego a la NOM 007 por el personal médico de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria V Xalapa, en el periodo 2004 a 2008

Consulta en la semana 12 de gestación, o antes	
Indicador	Definición operacional
Confirmación diagnóstica de embarazo.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registró en la nota médica que se confirmó el embarazo, ya sea por examen de laboratorio o por datos clínicos. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la confirmación.
Elaboración de historia clínica perinatal completa que incluya: datos generales, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, antecedentes gineco-obstétricos.	Se asignará valor de 1 cuando: Se incluyan en la historia clínica perinatal, los cinco datos solicitados en la historia perinatal. Se asignará valor de 0 cuando: No se registren los datos solicitados en la historia clínica perinatal, o se registren en forma parcial.
Exploración física completa que incluya: toma de tensión arterial, temperatura, peso y talla.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de exploración física que incluya toma de tensión arterial, temperatura, peso y talla. Se asignará valor de 0 cuando: la exploración física registrada no consigne estos datos, o los consigne en forma parcial
Identificación de signos y síntomas de alarma (hipertensión, proteinuria, sangrado, dolor abdominal, cefalea).	Se asignará valor de 5 cuando: Se consigne en la nota médica la identificación de signos y síntomas de alarma o bien que no se identificó ninguno de estos signos y síntomas. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro referente a la identificación o no de signos y síntomas de alarma.

Indicador	Definición operacional
Registro de la valoración de riesgo obstétrico (sin riesgo obstétrico o con alto riesgo).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de valoración de riesgo obstétrico Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de riesgo obstétrico.
Solicitud de exámenes de laboratorio (biometría hemática, examen general de orina, glucosa, grupo y RH).	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registrada en la nota médica la solicitud de los cuatro exámenes de laboratorio mencionados. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de solicitud de exámenes de laboratorio, o ésta sea en forma parcial.
Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro en la nota médica de la prescripción de hierro y ácido fólico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la prescripción de hierro y ácido fólico.
Orientación nutricional recomendando incrementar la ingesta de frutas, verduras, carne, leche y huevo.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro de orientación nutricional que mencione algunos de los alimentos mencionados. Se asignará valor de 0 cuando: No se registre orientación nutricional.
Orientación sobre signos y síntomas de alarma (cefalea, dolor abdominal, sangrado).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de orientación en signos y síntomas de alarma que incluya los tres mencionados. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de orientación en signos y síntomas de alarma o ésta esté registrada en forma parcial.
Aplicación de toxoide tetánico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro de aplicación de toxoide tetánico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de aplicación de toxoide tetánico.
Consulta entre la semana 22 y 24 de gestación	
Indicador	Definición operacional
Seguimiento del llenado de la historia clínica perinatal.	Se asignará valor de 1 cuando: Se haya registrado seguimiento a los datos de la historia clínica perinatal. Se asignará valor de 0 cuando: No se hayan registrado los datos de la historia clínica perinatal, o se hayan registrado en forma parcial.
Exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, temperatura, peso y talla.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de exploración física que incluya toma de tensión arterial, temperatura, peso y talla. Se asignará valor de 0 cuando: La exploración física registrada no consigne estos datos o los consigne en forma parcial
Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal si es posible.	Se asignará valor de 5 cuando: Se haya registrado la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal o se haya justificado si aún no es posible. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, o no se haya justificado que aún no es posible hacerlo.
Interpretación de exámenes de laboratorio solicitados.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota la revisión de los exámenes solicitados o bien si no se realizaron. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la revisión de exámenes solicitados.
Solicitud de estudios complementarios de gabinete (ultrasonido) y laboratorio (curva de tolerancia a la glucosa, química sanguínea) de acuerdo al riesgo obstétrico	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota médica la solicitud de estudios complementarios y de laboratorio de acuerdo al riesgo obstétrico, o se justifique si no son necesarios. Se asignará valor de 0 cuando: No exista registro de solicitud de estudios complementarios o de laboratorio de acuerdo al riesgo obstétrico.

Indicador	Definición operacional
Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro en la nota médica de la prescripción de hierro y ácido fólico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la prescripción de hierro y ácido fólico.
Orientación y consejería sobre planificación familiar.	Se asignará valor de 1 cuando: Se consigne en la nota médica la orientación y consejería sobre planificación familiar. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro referente a la orientación y consejería sobre planificación familiar.
Orientación nutricional, recomendando incrementar la ingesta de frutas, verduras, carne, leche y huevo, y sobre lactancia materna.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro de orientación nutricional sobre algunos de los alimentos mencionados, y sobre lactancia materna. Se asignará valor de 0 cuando: No se registre orientación nutricional y de lactancia materna o se registre en forma parcial.
Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, dolor abdominal o de tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado), atención del parto y puerperio.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada orientación/consejería en la identificación de datos de alarma como cefalea, dolor abdominal o tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado), atención del parto y puerperio. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de orientación/consejería en los datos de alarma mencionados.
Valoración de riesgo obstétrico (sin riesgo obstétrico o con alto riesgo) de acuerdo al diagnóstico integral que incluya las semanas de gestación.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de valoración de riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de riesgo obstétrico.

Consulta entre la semana 27 y 29 de gestación	
Indicador	Definición operacional
Seguimiento del llenado de la historia clínica perinatal.	Se asignará valor de 1 cuando: Se haya registrado seguimiento a los datos de la historia clínica perinatal. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado los datos de la historia clínica perinatal, o se hayan registrado en forma parcial.
Exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de exploración física que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino. Se asignará valor de 0 cuando: La exploración física registrada no consigne estos datos, o los consigne en forma parcial.
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.	Se asignará valor de 5 cuando: Se haya registrado la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, o se haya justificado si aún no es posible. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, o no se haya justificado que aún no es posible hacerlo.
Revisión de estudios solicitados, o solicitud de estudios de gabinete (ultrasonido) y laboratorio (curva de tolerancia a la glucosa, examen general de orina, VDRL) necesarios de acuerdo al riesgo obstétrico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota médica la revisión de los exámenes solicitados, se justificó si no se realizaron, o si se solicitaron estudios de gabinete o laboratorio mencionados en caso necesario de acuerdo al riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado en la nota médica los tres puntos anteriores.
Orientación y consejería sobre planificación familiar insistiendo en periodo inter-genésico por lo menos de dos años.	Se asignará valor de 1 cuando: Se consigne en la nota médica la orientación y consejería sobre planificación familiar, en la que se insista en periodo inter-genésico por lo menos de dos años. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro referente a la orientación y consejería sobre planificación familiar.

Indicador	Definición operacional
Orientación nutricional, recomendando incrementar la ingesta de frutas, verduras, carne, leche y huevo y sobre lactancia materna.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro de orientación nutricional que mencione algunos de los alimentos mencionados y sobre lactancia materna. Se asignará valor de 0 cuando: No se registre orientación nutricional y de lactancia materna o se registre en forma parcial
Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, dolor abdominal o de tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada orientación/consejería en la identificación de datos de alarma como cefalea, dolor abdominal o tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado). Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de orientación/consejería en los datos de alarma mencionados.
Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro en la nota médica de la prescripción de hierro y ácido fólico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la prescripción de hierro y ácido fólico.
Valoración de riesgo obstétrico (sin riesgo obstétrico o con alto riesgo) de acuerdo al diagnóstico integral que incluya las semanas de gestación.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de valoración de riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de riesgo obstétrico.

Consulta entre la semana 33 y 35 de gestación	
Indicador	Definición operacional
Seguimiento del llenado de la historia clínica perinatal.	Se asignará valor de 1 cuando: Se haya registrado seguimiento a los datos de la historia clínica perinatal. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado los datos de la historia clínica perinatal o se hayan registrado en forma parcial.
Exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de exploración física que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino. Se asignará valor de 0 cuando: La exploración física registrada no consigne estos datos, o los consigne en forma parcial.
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.	Se asignará valor de 5 cuando: Se haya registrado la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, o no se haya justificado que aún no es posible hacerlo.
Revisión de estudios solicitados, o solicitud de estudios de gabinete (ultrasonido) y laboratorio (curva de tolerancia a la glucosa, examen general de orina, VDRL) necesarios de acuerdo al riesgo obstétrico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota médica la revisión de los exámenes solicitados, se justificó si no se realizaron, o se solicitaron estudios de gabinete o laboratorio mencionados en caso necesario de acuerdo al riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado en la nota médica los tres puntos anteriores.
Orientación y co nsejería sobre planificación familiar insistiendo en periodo inter-genésico por lo menos de dos años.	Se asignará valor de 1 cuando: Se consigne en la nota médica la orientación y consejería sobre planificación familiar, en la que se insista en periodo inter-genésico por lo menos de dos años. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro referente a la orientación y consejería sobre planificación familiar.

Orientación nutricional recomendando incrementar la ingesta de frutas, verduras, carne, leche y huevo y sobre lactancia materna.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro de orientación nutricional que mencione algunos de los alimentos mencionados, y sobre lactancia materna. Se asignará valor de 0 cuando: No se registre orientación nutricional y de lactancia materna, o se registre en forma parcial.
Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, dolor abdominal o tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada orientación/consejería en la identificación de datos de alarma como cefalea, dolor abdominal o de tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado). Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de orientación/consejería en los datos de alarma mencionados.
Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro en la nota médica de la prescripción de hierro y ácido fólico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la prescripción de hierro y ácido fólico.
Valoración de riesgo obstétrico (sin riesgo obstétrico o alto riesgo) de acuerdo al diagnóstico integral que incluya las semanas de gestación.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de valoración de riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de riesgo obstétrico.
Consulta en la semana 38 de gestación	
Indicador	Definición operacional
Seguimiento del llenado de la historia clínica perinatal.	Se asignará valor de 1 cuando: Se haya registrado seguimiento a los datos de la historia clínica perinatal. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado los datos de la historia clínica perinatal o se hayan registrado en forma parcial.
Exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de exploración física que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino. Se asignará valor de 0 cuando: La exploración física registrada no consigne estos datos o los consigne en forma parcial.
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.	Se asignará valor de 5 cuando: Se haya registrado la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.
Revisión de estudios solicitados o solicitud de estudios de gabinete (ultrasonido) y laboratorio (curva de tolerancia a la glucosa, examen general de orina, VDRL) necesarios de acuerdo al riesgo obstétrico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota médica la revisión de los exámenes solicitados, se justificó si no se realizaron, o si se solicitaron estudios de gabinete o de laboratorio mencionados en caso necesario, de acuerdo al riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado en la nota médica los tres puntos anteriores.
Orientación y consejería sobre planificación familiar insiéndole en periodo inter-genésico por lo menos de dos años.	Se asignará valor de 1 cuando: Se consigne en la nota médica la orientación y consejería sobre planificación familiar, en la que se insista en periodo inter-genésico por lo menos de dos años. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro referente a la orientación y consejería sobre planificación familiar.

Indicador	Definición operacional
Orientación nutricional, recomendando incrementar la ingesta de frutas, verduras, carne, leche, huevo, dieta hiposódica, lactancia materna y cuidados del recién nacido.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro de orientación nutricional que mencione algunos de los alimentos mencionados, y sobre lactancia materna. Se asignará valor de 0 cuando: No se registre orientación nutricional y de lactancia materna, o se registre en forma parcial.

Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, dolor abdominal o de tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada orientación/consejería en la identificación de datos de alarma, como cefalea, dolor abdominal o tipo obstétrico, salida de líquido transvaginal o sangrado). Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de orientación/consejería en los datos de alarma mencionados.
Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre registro en la nota médica de la prescripción de hierro y ácido fólico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la prescripción de hierro y ácido fólico.
Valoración de riesgo obstétrico (sin riesgo obstétrico o alto riesgo) de acuerdo al diagnóstico integral, que incluya las semanas de gestación.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de valoración de riesgo obstétrico. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de riesgo obstétrico
Referencia a otra unidad para atención del parto.	Se consignará con valor de 5 cuando: Se haya registrado en la nota médica que se hizo referencia a otra unidad para atención del parto. Se consignará con valor de 0 cuando: No se haya registrado la referencia a otra unidad para la atención del parto.

Consulta en la semana 41

Indicador	Definición operacional
Referencia a unidad de segundo nivel.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro en la nota médica de la referencia a Segundo nivel. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro de la referencia a Segundo nivel.
Exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino.	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registro de exploración física que incluya toma de tensión arterial, ganancia de peso y altura de fondo uterino. Se asignará valor de 0 cuando: La exploración física registrada no consigne estos datos, o los consigne en forma parcial.
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.	Se asignará valor de 5 cuando: Se haya registrado la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal. Se asignará valor de 0 cuando: No se haya registrado la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Referencia

Indicador	Definición operacional
Copia de referencia.	Se asignará valor de 1 cuando: Se encuentre en el expediente copia de formato de referencia. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre en el expediente copia de formato de referencia
Hoja de referencia.	Se asignará valor de 1 cuando: En la hoja de referencia se encuentre especificado unidad que refiere, unidad a la que se refiere, motivo de referencia y carácter de urgente o no. Se asignará valor de 0 cuando: En la hoja de referencia no se encuentren consignados los datos anteriores, o se hayan registrado en forma parcial.
Identificación de signos y síntomas de alarma.	Se asignará valor de 5 cuando: Se haya registrado en el formato de referencia signos y síntomas de alarma. Se asignará valor de 0 cuando: En el formato de referencia no se hayan registrado signos y síntomas de alarma.

Puerperio	
Puerperio mediato 1° al 7° día	
Indicador	Definición operacional
Interrogatorio.	Se asignará valor de 1 cuando: Si en la nota médica se registró el interrogatorio acerca de características de los loquios, edema y cefalea. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentra en el expediente registro de los datos anteriores.
Exploración física.	Se asignará valor de 5 cuando: Si se registró en la nota médica exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, y temperatura. Se asignará valor de 0 cuando: En la nota médica no se encuentren registrados estos datos, o estén registrados de forma parcial.
Involución uterina y características de los loquios.	Se asignará valor de 5 cuando: Se registre en la nota médica el estado de la involución uterina y las características de los loquios. Se asignará valor de 0 cuando: Se registren los datos anteriores o se registren en forma parcial.
Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, edema, sangrado abundante o fétido, hipertermia).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada en la nota médica orientación/consejería en la identificación de datos de alarma, como cefalea, edema, sangrado abundante o fétido, hipertermia. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro en la nota médica de orientación/consejería con los datos de alarma mencionados, o estén registrados en forma parcial.

Puerperio mediato 8° a 27° día	
Indicador	Definición operacional
Interrogatorio.	Se asignará valor de 1 cuando: Si en la nota médica se registró el interrogatorio acerca de características de los loquios, edema y cefalea.
Exploración física.	Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentra en el expediente registro de los datos anteriores.
Involución uterina y características de los loquios.	Se asignará valor de 5 cuando: Si se registró en la nota médica exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, y temperatura. Se asignará valor de 0 cuando: En la nota médica no se encuentren registrados estos datos, o estén registrados de forma parcial.
Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, edema, sangrado abundante o fétido, hipertermia).	Se asignará valor de 5 cuando: Se registre en la nota médica el estado de la involución uterina y las características de los loquios Se asignará valor de 0 cuando: Se registren los datos anteriores o se registren en forma parcial. Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada en la nota médica orientación/consejería en la identificación de datos de alarma como cefalea, edema, sangrado abundante o fétido, hipertermia. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro en la nota médica de orientación/consejería con los datos de alarma mencionados, o estén registrados en forma parcial.
Orientación en lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido y estimulación temprana.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota médica la orientación en lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido y estimulación temprana. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre en la nota médica, registro de la orientación anterior, o esté registrada en forma parcial.
Orientación / consejería en planificación familiar.	Se asignará valor de 1 cuando: En la nota médica se encuentre registrada orientación/consejería acerca de planificación familiar para adopción de algún método anticonceptivo. Se asignará valor de 0: Cuando no se encuentre registrada en la nota médica esta orientación /consejería.

Puerperio tardío	
Indicador	Definición operacional
Interrogatorio.	Se asignará valor de 1 cuando: Si en la nota médica se registró el interrogatorio acerca de características de los loquios, edema y cefalea. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentra en el expediente registro de los datos anteriores.
Exploración física.	Se asignará valor de 5 cuando: Si se registró en la nota médica exploración física completa que incluya toma de tensión arterial, y temperatura. Se asignará valor de 0 cuando: En la nota médica no se encuentren registrados estos datos, o estén registrados de forma parcial.
Involución uterina y características de los loquios.	Se asignará valor de 5 cuando: Se registre en la nota médica el estado de la involución uterina y las características de los loquios. Se asignará valor de 0 cuando: Se registren los datos anteriores o se registren en forma parcial.
Orientación/consejería en la identificación de datos de alarma (cefalea, edema, sangrado abundante o fétido, hipertermia).	Se asignará valor de 5 cuando: Se encuentre registrada en la nota médica orientación/consejería en la identificación de datos de alarma como cefalea, edema, sangrado abundante o fétido, hipertermia. Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre registro en la nota médica de orientación/consejería con los datos de alarma mencionados, o estén registrados en forma parcial.
Orientación en lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido y estimulación temprana.	Se asignará valor de 1 cuando: Se registre en la nota médica la orientación en lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido y estimulación temprana Se asignará valor de 0 cuando: No se encuentre en la nota médica, registro de la orientación anterior o esté registrada en forma parcial.
Orientación / consejería en planificación familiar.	Se asignará valor de 1 cuando: En la nota médica se encuentre registrada orientación/consejería acerca de planificación familiar para adopción de algún método anticonceptivo Se asignará valor de 0: Cuando no se encuentre registrada en la nota médica ésta orientación /consejería.

El nivel de medición elegido para las variables es nominal. La ponderación de los ítems está basada en la relación de cada ítem con las causas más frecuentes de muerte materna; la determinación de esta ponderación estuvo basada en la opinión de expertos (dos médicos gineco-obstetras que laboran en instituciones hospitalarias de los Servicios de Salud de Veracruz), como más adelante se explica.

5.5 Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Esta etapa de la investigación se integra por todos los pasos que permitirán la recolección de los datos de las variables relacionadas con la investigación;⁴⁴ y que comprende tres etapas:

1. Desarrollo de los instrumentos.
2. Pruebas de validez de los instrumentos.
3. Confiabilidad de los instrumentos.

Para la construcción del instrumento de recolección de la información se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Se enlistaron las variables.
2. Análisis de definiciones operacionales a fin de entender su significado y la forma de medirla.
3. Elección del tipo de instrumentos necesarios de acuerdo a las necesidades de la investigación. Para este caso, se optó por una cédula de cotejo.
4. Construcción del instrumento considerando cada variable, sus categorías, los indicadores y la medición para cada uno.⁴⁴

La técnica que se utilizará para la recolección de datos es la observación de los registros consignados en los expedientes del grupo de casos, así como de los expedientes del grupo control.

La fuente de información para la obtención de los datos es el expediente clínico, específicamente la nota médica, y los formatos de historia clínica perinatal, gráfica de altura de fondo uterino, formato de referencia, y formato para evaluación de riesgo obstétrico, utilizados en la atención de la mujer embarazada.

El cotejo de los expedientes para el grupo de casos se realizará a partir de las copias de los expedientes resguardados en la Coordinación de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria V.

El cotejo del grupo control se realizará con los expedientes resguardados por el núcleo básico al que correspondió cada caso de muerte materna, con el fin de cumplir con los criterios de inclusión establecidos: que preferentemente la atención se hubiera brindada por el mismo personal médico, que la paciente fuera de la misma localidad que el caso estudiado, y que la atención se hubiera brindado en el mismo año en el que sucedió la muerte materna.

La elección de estos expedientes se realizará de forma aleatoria hasta conseguir el número de expedientes requeridos.

La cédula de cotejo

Para fines prácticos, esta cédula de cotejo se dividió en dos secciones:

1. Primera parte, para la recolección de los datos a partir de la nota médica del expediente, la cual consta de siete apartados:

1) Encabezado, en el que se encuentran los datos del Instituto de Salud Pública, título de la investigación, fuente de donde se obtendrán los datos, nombre del responsable del levantamiento de los datos, fecha y folio de la cédula de cotejo.

2) Instrucciones.

3) Ficha de identificación de la paciente, que incluye nombre, edad, número de expediente, número de certificado de defunción (para el grupo de casos),

localidad de residencia, centro de salud de adscripción, tiempo de traslado a la unidad de salud, año en el que se inició y año en el que se terminó el control.

4) Antecedentes obstétricos: número de embarazos, número de partos, número de abortos, número de cesáreas anteriores, antecedentes patológicos en embarazos anteriores, entre ellos: terminación del embarazo, lugar de atención, personal que brindó la atención, días de hospitalización y complicaciones; datos del embarazo actual.

5) Personal médico que atendió: nombre, tipo de contratación, capacitación en el manejo integral de la embarazada y el recién nacido, y fecha de capacitación.

6) Atención prenatal: este apartado está dividido en seis subapartados, para el cotejo de cada una de las consultas establecidas por la NOM 007:

- a. Consulta en las primeras 12 semanas de gestación.
- b. Consulta entre la semana 22 y 24 de gestación.
- c. Consulta entre la semana 27 y 29 de gestación.
- d. Consulta entre la semana 33 y 35 de gestación.
- e. Consulta a la semana 38 de gestación.
- f. Consulta a las 41 semanas, o más, de gestación.

7) Puerperio: este apartado está integrado por tres secciones:

- a. Atención del puerperio mediano (consulta entre el 2° y 7° día).
- b. Atención del puerperio tardío (consulta entre el 8° y 28° día).
- c. Atención del puerperio tardío (consulta entre el 28° y 42° día).

2. Segunda parte, en la que se recolectan los datos obtenidos de los formatos de historia clínica perinatal, gráfica de altura de fondo uterino, formato de referencia, y formato para evaluación del riesgo obstétrico, utilizados en la atención de la mujer embarazada.

Esta segunda parte de la lista de cotejo está integrada por seis apartados:

1) Encabezado, en el que se encuentran los datos del Instituto de Salud Pública, título de la investigación, fuente de obtención de los datos, nombre del responsable del levantamiento, fecha y folio.

2) Instrucciones.

3) Ficha de identificación de la paciente, que incluye nombre, edad, número de expediente, número de certificado de defunción (para el grupo de casos), centro de salud de adscripción.

4) Atención prenatal: este apartado está dividido en seis subapartados, para el cotejo de cada una de las consultas establecidas por la NOM 007:

- a. Consulta en las primeras 12 semanas de gestación.
- b. Consulta entre la semana 22 y 24 de gestación.
- c. Consulta entre la semana 27 y 29 de gestación.
- d. Consulta entre la semana 33 y 35 de gestación.
- e. Consulta a la semana 38 de gestación.
- f. Consulta a las 41 semanas o más de gestación.

1) Referencia: en ésta se coteja si existe copia de la hoja de referencia, y si en ésta se registraron los datos de la unidad de referencia y la unidad a la que se refiere, el motivo de referencia y la identificación de signos y síntomas de alarma.

En los anexos 3, 4, 5 y 6 se presentan las listas de cotejo antes mencionadas.

Para el llenado de estas listas de cotejo en el apartado correspondiente al tipo de contratación del personal médico, se tomará de las notas médicas el nombre del médico que brindó la atención — mismo que se corroborará de acuerdo al año de atención, con la plantilla de personal existente en el Departamento de Recursos Humanos de la Jurisdicción Sanitaria V —, a fin de determinar el tipo de contratación en el momento de brindar la atención.

Para el apartado de capacitación del personal médico que brindó la atención, se tomará el nombre del médico responsable de las notas médicas, y se corroborará con los datos de registro de capacitación del personal del Departamento de Enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria V, a fin de determinar si dicho personal médico recibió capacitación y en qué fecha.

5.6 Pruebas de validez del instrumento

El instrumento debe tener dos características indispensables, que son la validez y la confiabilidad.

La validez se refiere al grado en que el instrumento mide la

variable objeto de medición, para lo cual hay diferentes tipos de validez, a saber:

Validez de contenido, se refiere al hecho de que el instrumento refleje un dominio específico del contenido que se mide. Un ejemplo de esta validez es la validación por expertos — método elegido para validar los instrumentos de esta investigación —.

Validez de criterio, se refiere al hecho de que el instrumento se ajusta a un criterio externo: en el caso de ajustarse al futuro, se habla de validez predictiva; si el instrumento permite correlacionar datos en el mismo punto del tiempo, se habla de validez concurrente.

Validez de constructo, científicamente, es el punto de mayor importancia, pues se refiere al grado en que una medición del instrumento se relaciona con otras.

El tipo de validación que se realizó para las listas de cotejo diseñadas en esta investigación fue la *validación por expertos*, la cual consistió en consultar a expertos en el tema o variable a medir, con el fin de esclarecer si el instrumento reflejaba todos los factores y dominios importantes para el tema que se estudia, ya que este proceso de validación es considerado como un proceso de certificación que lo hace adecuado para su utilización.⁴⁵

Para esta validación, las expertas consultadas fueron la Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva de la Jurisdicción Sanitaria V, y la Jefa del Departamento de Salud Reproductiva a nivel estatal, quienes son expertas en el tema de mortalidad materna, así como en los indicadores que marca la NOM 007 para la atención del embarazo y puerperio para el primer nivel de atención, pues son quienes ante un caso de muerte materna realizan las diferentes estrategias para el estudio del caso, entre las que se encuentran la evaluación del apego en la NOM 007 en la atención brindada. Esta validación del instrumento se llevó a cabo del 2 al 10 de marzo de 2009.

De acuerdo a las recomendaciones de una de las lectoras de este trabajo, se consultó a dos gineco-obstetras para que dieran sus observaciones en cuanto al instrumento, y de forma específica sobre la ponderación de cada ítem. Así que, después de incorporar a las listas de cotejo las observaciones de las expertas antes mencionadas, estas listas de cotejo fueron verificadas por un gineco-obstetra adscrito al Centro de Especialidades Médicas "Doctor Rafael Lucio", y otro adscrito al Hospital "Doctor.

Luis F. Nachón", a quienes con anterioridad se les dio a conocer el proyecto, y la importancia de la ponderación de ítems para evaluar el apego a la NOM 007 tanto en el control prenatal como en el puerperio.

La **confiabilidad** de un instrumento se refiere al *grado de precisión o exactitud de la medida*, es decir, la posibilidad de que si este instrumento se aplica en forma repetida, se obtengan resultados similares.

Para medir la confiabilidad de las listas de cotejo propuestas para esta investigación se empleó el procedimiento de medidas de estabilidad, utilizando la prueba test-retest, la cual consiste en la aplicación del instrumento a la misma unidad de análisis en tiempo diferente, para lo cual se realizó el cotejo de los expedientes del grupo de casos de muerte materna en dos ocasiones por el mismo aplicador, en este caso la investigadora; estas aplicaciones de las listas de cotejo se realizaron por primera vez del 18 al 20 de marzo y la segunda ocasión el 24 de abril de 2009.

Los resultados de ambos cotejos se capturaron en una base de datos en formato SPSS y Microsoft Excel, en la que se determinó el porcentaje de apego obtenido en el primero y segundo cotejos.

El total de puntos para cumplir con un apego de 100% fue de 224, en la tabla número 8 se muestran los puntajes del cotejo de cada expediente en las dos ocasiones:

Tabla 8. Porcentaje de apego a la NOM 007, prueba test-retest para confiabilidad del instrumento. Abril de 2009

Número de expediente	Primer cotejo		Segundo cotejo	
	Total de puntos obtenidos	% de apego	Total de puntos obtenidos	% de apego
1	86	38	86	38
2	78	35	78	35
3	29	13	30	13
4	85	38	85	38
5	27	12	27	12
6	46	21	47	21

Fuente: Listas de cotejo aplicadas en prueba piloto.

De acuerdo con estos resultados, se obtuvo un índice de correlación de Pearson de 0.99, el cual se considera muy bueno para la estabilidad de los instrumentos.

5.7 Prueba piloto

La realización de la prueba piloto para esta investigación consistió en la aplicación del instrumento en una población con características similares a la población objetivo,⁴⁶ para lo cual se eligió la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, Jurisdicción con características similares a la Jurisdicción V de Xalapa, en cuanto a la problemática de muerte materna:

- Se encuentra entre las tres Jurisdicciones con mayor RMM en los últimos cinco años.
- Es dependiente de los Servicios de Salud de Veracruz.
- Se cuenta con personal médico de servicio social, contrato y base, quienes deben apegarse a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, y puerperio.

Para obtener la autorización para el acceso a los expedientes clínicos necesarios para realizar esta prueba, se llevaron a cabo las gestiones pertinentes ante las autoridades de Salud Pública a nivel estatal, los Servicios de Salud de Veracruz y la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, a través de la Dirección del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, el cuerpo de maestros del mismo instituto y la investigadora.

El cotejo de los expedientes del grupo de casos se realizó con la copia de los expedientes que resguarda el Departamento de Salud Reproductiva a nivel estatal, mismo que informó que el programa de resguardo de las copias de los expedientes de casos de muerte materna se inició hace tres años, por lo que se llevó a cabo únicamente el cotejo de expedientes de los años 2006, 2007 y 2008.

De acuerdo con el listado proporcionado por el Departamento de Salud Reproductiva, en 2006 ocurrieron 5 casos de muerte materna; en 2007, 6 casos y en 2008, 9 casos.

De este listado proporcionado, se seleccionaron de forma aleatoria dos casos por cada año a través de sorteo, proporcionando una tercera opción en caso de que por alguna razón no se pudiera contar con el expediente seleccionado, lo cual ocurrió con dos expedientes que no cumplían los criterios de inclusión para la investigación.

De esta forma se seleccionaron seis casos de muerte materna, mismos que llevaron control prenatal en los centros de salud de Orizaba, Nogales, La Cuesta, Chicola, Tolapa y Soledad Atzompa.

La aplicación de las listas de cotejo a los expedientes de casos de muerte materna de la Jurisdicción Sanitaria VII Orizaba, se llevó a cabo del 18 al 20 de marzo de 2009 en el Departamento de Salud Reproductiva, con las copias de los expedientes que se encuentran resguardados a nivel estatal.

El cotejo de los expedientes del grupo control se realizó del 26 de marzo al 2 de abril, para lo cual se visitaron los centros de salud de Orizaba, Nogales, La Cuesta, Chicola, Tolapa y Soledad Atzompa. Se visitaron además los centros de salud de Palo Verde y Tequila, puesto que los centros de salud de Nogales y Tolapa recientemente reorganizaron su población con estas unidades de primer nivel, y en estos últimos se encontraban los expedientes para el levantamiento de datos.

Para la realización de esta prueba piloto se contó con la disposición de la Jefatura de la Jurisdicción Sanitaria VII Orizaba, para permitir el acceso a las unidades médicas, a los registros y a los expedientes requeridos, así como la colaboración de los Departamentos de Enseñanza y Atención Médica para brindar los datos en cuanto a capacitación y tipo de contratación del personal médico que otorgó la atención.

El análisis de la información obtenida en esta prueba piloto se realizó en una base de datos en el programa SPSS.

Se realizaron frecuencias y porcentajes para la descripción de la población de ambos grupos, y para establecer la asociación entre el apego a la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo y puerperio del personal médico de las unidades de primer nivel de atención y la ocurrencia de muertes maternas se utilizó una tabla de contingencia.

Tanto en el grupo de casos como en el grupo control, el nivel de apego obtenido fue: "no apego", por lo que no fue posible realizar la asociación entre variables.

Sin embargo, esta prueba piloto cumplió con la función de validar y verificar la confiabilidad de las listas de cotejo diseñadas, a las que sólo se les hicieron modificaciones de forma, para facilitar la recolección, lo cual permitió la

validación de la base de datos diseñada para el análisis de la información.

De acuerdo a la experiencia de la prueba piloto, y de común acuerdo con la asesora y los lectores, la principal modificación realizada a la primera lista de cotejo fue la ampliación del rango de semanas de gestación para cada consulta a fin de considerar las atenciones brindadas en los límites marcados por la NOM 007 en esta investigación, quedando de la siguiente manera:

1. Consulta en las primeras 12 semanas de gestación, se tomó en cuenta las atenciones brindadas hasta la semana 14.
2. Consulta entre la semana 22 y 24 de gestación, se tomó en cuenta desde la semana 20, hasta la semana 25.
3. Consulta entre la semana 27 y 29 de gestación, se consideraron las consultas de la semana 26 a la 30.
4. Consulta entre la semana 33 y 35 de gestación, se incluyeron las consultas otorgadas entre la semana 31 y 36.
5. Consulta a la semana 38 de gestación, se tomaron en cuenta las consultas otorgadas en las semanas 37 a la 39.
6. Consulta a la semana 41, se incluyeron las consultas otorgadas en las semanas 40 a 42 de gestación.

5.8 Procedimientos para la recolección de la información

Se realizarán los trámites correspondientes ante las autoridades del Departamento de Salud Pública Estatal y el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria V, para obtener los registros oficiales de muerte materna en los últimos cinco años a nivel Jurisdiccional a través de la Coordinación de Salud Reproductiva a este nivel, así como, el acceso a las carpetas de los casos de muerte materna en los últimos cinco años.

Las carpetas de estas defunciones están integradas por los formatos de análisis, entre los que se pueden mencionar: certificado de defunción, estudio epidemiológico del caso, autopsia verbal, expediente clínico de la paciente tanto del primero como del segundo nivel de atención, y resumen de la atención recibida por cada unidad involucrada, así como el análisis de los eslabones críticos y el dictamen por el Comité de Muerte Materna de la Institución donde ocurrió la muerte, y el dictamen por el Comité de Muerte Materna Jurisdiccional, entre otros.

Esta revisión permitirá seleccionar los casos que cumplan con los criterios de inclusión para esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aranaz J. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos [Internet]. Valencia: Universidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de Salud Pública; 2000; [20 noviembre 2008]. Disponible en <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
2. Otero J. Avedis Donabedian y la calidad de la atención en salud. [Internet]. Perú: Gerencia Salud; 2002 [23 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art04.htm>
3. Centro Latinoamericano de impulso a la Calidad en Servicios S.C. Manual Calidad total para directivos de organizaciones de salud.
4. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo. [Internet]. México: 2000. [23 diciembre 2008]. Disponible en: <http://sftp.conafe.edu.mx/UPC/Documentos/PND.pdf>
5. Gobierno Federal. Políticas Públicas y gestión gubernamental de la administración vigente. [Internet]. México: 2000. [23 noviembre 2008]. Disponible en: [http://www.cddhcu.gob.mx/cesop/Comisiones/3_salud.htm#\[Citar%20como\]](http://www.cddhcu.gob.mx/cesop/Comisiones/3_salud.htm#[Citar%20como])
6. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. [Internet]. México: 2000. [20 noviembre 2008]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/doctosFuente/pacncss/pacncss.pdf>
7. Gobierno Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 [Internet]. México: 2000. [25 noviembre 2008]. Disponible en. <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>
8. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Capítulo III Objetivos y estrategias [Internet]. México: 2007. [23 octubre 2008]. Disponible en <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap3.pdf>
9. Dirección General de Calidad y Educación en salud. SICALIDAD. Líneas de acción de continuidad y arranque para consolidar el Sistema Integral de Calidad. [Internet]. México: 2007. [25 noviembre 2008]. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/lineas_accion.html
10. Secretaría de Salud. Manual para elaborar reportes del modelo de gestión de calidad para participar en el premio nacional de la Secretaría de Salud. [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2007. [04 de octubre 2008]. URL Disponible en: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/manual_mg2007.pdf
11. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. [internet] México: Secretaría de Salud; 2006 [23 de noviembre 2008]; disponible en: www.salud.gob.mx
12. Servicios de Salud de Veracruz. Sistema de vigilancia epidemiológica para la muerte materna jurisdicción Sanitaria V; 2008.
13. Secretaría de salud. Programa de acción: "Arranque Parejo en la Vida." [internet]. México 2002. [30 de septiembre de 2008]. URL disponible en: http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Programa_de_la_SSA_Arranque_parejo_en_la_vida
14. Secretaría de salud. Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano. Manual de atención. [internet] México: Secretaría de Salud; 2001 [23 de noviembre 2008]; disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/embarazo.pdf>.
15. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. DOF Secretaría de Salud [en línea]. 1995. [30 de septiembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
16. Secretaría de Salud. Hospital Dr. Luis F. Nachón. Departamento de enseñanza. "Curso- taller Manejo integral de la embarazada y el recién nacido" Xalapa 2008.

17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo. Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados. [en línea]. (OECD); 2005 [30 de septiembre 2008] URL disponible en <http://www.educared.pe/modulo/upload/70630289.pdf>
18. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos. México: La prensa médica Mexicana, S.A. de C.V.; 1991. página 95-158
19. Roldan P, Vargas C, Giraldo C, Valencia G, García L, Salamanca L. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. Colombia: Médica 2001; 32: 14-18
20. Martínez F, Antó J., Castellanos P., Gili M. Salud Pública. México: Editorial McGraw-Hill. Interamericana; 1998.
21. Yavich N. Evaluación de políticas y programas de salud. Firmat, 20 y 21 de julio de 2007. Instituto de la salud Juan Lazarte. Departamento de economía y gestión en salud. Maestría en gestión de sistemas y servicios de salud.
22. Congreso de la Unión. Ley Federal sobre Metrología y Normalización [en línea] México: 1999 [20 de octubre de 2008] Disponible en http://www.sma.df.gob.mx/sma/links/download/archivos/ley_federal_metrologia_normalizacion.pdf
23. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [en línea] México: Secretaría de Salud. 2007 [20 de Octubre de 2008] Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Leyes/07021984.pdf>
24. Ochoa C. Las Normas Oficiales Mexicanas en el ordenamiento jurídico Mexicano. Revista jurídica. [en línea] [01 de octubre 2008]; Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/92/art/art4.htm>
25. Ladrón de Guevara E. Antología Integrada 2. Bases económicas del Diagnóstico de Salud. Universidad Veracruzana. 2008
26. Alfaro N, Prado C .El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. Perinato Reprod Hun. 1995; 9: 65-67. Disponible en <http://www.imbiomed.com.mx/1/PDF/Pr52-02.pdf>
27. Attagile F, Manetti G. Control prenatal y mortalidad evitable. XIV Jornadas Científicas del Hospital Zonal General de Agudos Gral. Manuel Belgrano. Argentina 1992. Disponible en <http://www.eduardorodas.com.ar/TRABAJOS/Control%20prenatal/Control%20Prenatal%206.htm>
28. Moreno J. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna. Recinto universitario Rubén Darío Facultad de Ciencias Médicas. Nicaragua 2003. Disponible en http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Mortalidad%20materna%20en%20el%20HBCR.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud materna. [internet] 2008. [26 de octubre 2008]. URL disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es/index.html
30. Organización Mundial de la Salud. La salud en los objetivos de Desarrollo. [internet] 2007. [26 de octubre 2008]. URL disponible en: <http://www.who.int/mdg/es/>
31. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. [internet] México 2006 [23 de noviembre 2008]; disponible en: www.salud.gob.mx
32. Cárdenas R. Acciones y programas par la reducción de la mortalidad materna: ¿Qué necesitamos hacer? Salud Pública de México [internet] 2007 [03 de noviembre 2008]; 49 (1): 231-233. disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2007/Edicion%20Especial/mesa%20redonda%20XX%20acciones%20y%20programas.pdf
33. Ríos A. Vigilancia epidemiológica de la muerte materna en la jurisdicción sanitaria V. Primera edición. Xalapa: Servicios de Salud de Veracruz; Xalapa, 2006 páginas 23-37
34. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. DOF Secretaría de Salud [internet] 1995. [30 de septiembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

35. Secretaría de salud. Programa de acción: "Arranque Parejo en la Vida." [internet]. México 2002. [30 de septiembre de 2008]. URL disponible en: http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Programa_de_la_SSA_Arranque_parejo_en_la_vida
36. Villar J. Bergsjö P. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. [internet] OMS 2003 [22 de noviembre de 2008] Disponible en http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/rhr_01_30_sp.pdf
37. Servicios de Salud de Veracruz. Jurisdicción Sanitaria V Programa arranque Parejo en la Vida; 2008
38. Ramos S, Romero M. Mortalidad materna en la Argentina: Diagnóstico para la reorientación de políticas y programas. [internet] OPS 2004 [01 de diciembre de 2008] Disponible en http://www.pueg.unam.mx/Biblioteca_v2/Documentos/Documentos%20pdf/Publicaciones%20CEDES/02_documentosyestudiosCEDES/31_mortalidadmaternaenlaargentina.pdf
39. Núñez R. Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas. Primera edición Aranaz J. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos [Internet]. Valencia: Universidad Miguel Hernández de Elche, Departamento de Salud Pública; 2000; [20 noviembre 2008]. Disponible en <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
40. Valdés GP. Paradigmas de la investigación en salud. [Internet]. Temuco (CH): Universidad de la frontera. Centro de Capacitación Investigación y Gestión en Salud para la Medicina Basada en Evidencias; junio 2006 [Actualizado el 30 de septiembre del 2008; 1 de octubre del 2008]. Disponible en <http://www.med.ufro.cl/Recursos/GISIII/linkedddocuments/paradigmas%20de%20investigaci%F3n%20en%20salud%201.pdf>
41. Lazcano E. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud Pública de México. Marzo-abril de 2001;43(2):135-149. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200009
42. Hernández M. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública de México. Marzo-abril de 2000;42(2):144-154. Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2000/42_2/422_7b_diseno.pdf
43. Londoño F. Metodología de la investigación epidemiológica. Segunda edición. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2000. Pág. 83-95.
44. Jacobs A. Introducción a la investigación pedagógica. México. 1989. Mac Graw-Hill/ México: MacGraw-Hill.
45. Beaglehole R. Epidemiología básica. Publicación Científica No. 551. Washington, DC: OPS/OMS; 2003.
46. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: MacGraw-Hill Interamericana; 2000 Pp. 399 a 403

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

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

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

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS VALIDOS Y CONFIABLES, PARA EL MEJORAMIENTO DE LA AUTOEVALUACIÓN, PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ.

Alumna: Paola Zereth Galindo Mimendi

Directora de Tesis: Elsa Ladrón de Guevara Morales

Asesor Externo: Carlos Castañeda Hernández

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Fundamento teórico

1.1.1 Calidad de los servicios de salud en México

Antes de hablar de la calidad de los servicios de salud en México es importante mencionar como se encuentra la población con respecto a ellos.

La Constitución mexicana define la protección de la salud como un derecho social. Sin embargo, esto no sucede así y se explica el por qué. Se estima que 1.5 millones de familias mexicanas se empobrecen trimestralmente a causa de los gastos de bolsillo en que incurren para pagar servicios médicos catastróficos.¹

Esto obedece a la falta de un esquema de aseguramiento en salud que afecta a más de la mitad de la población, provocando un menor acceso a los servicios de salud pública de calidad.¹

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 plantea una respuesta a esta problemática con el establecimiento del Seguro Popular de Salud (SPS), a fin de extender la cobertura del aseguramiento a toda la población. Para abril del 2003 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud, y fue creado el Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) y se elevó a rango de ley el esfuerzo de ampliar el aseguramiento Todo esto con la finalidad de promover una reducción en los gastos catastróficos en salud de las familias, un sistema más eficiente, equitativo y accesible.²

La estructuración de un Sistema Nacional de Salud de carácter universal, deberá simplificar la operación y los trabajos en torno a la cobertura de los servicios de salud, que depende de la variedad y complejidad de servicios

que se ofrecen a la población, que a su vez dependen de la organización y escalonamiento tecnológico y de la interrelación de los establecimientos prestadores de atención a la salud; es decir, determinando la posibilidad práctica que tiene el usuario de resolver sus problemas comunes y en caso necesario, de acceder a niveles de atención con cada vez mayor capacidad resolutive. Otro factor importante es que una vez que la cobertura de servicios de salud alcanza ciertos niveles que se consideran aceptables, se inicia un tránsito hacia una preocupación por la calidad.³

En la actualidad los servicios de salud en México, enfrentan un gran reto pues cada vez más, aumenta la necesidad de hacer un esfuerzo sostenido para lograr la meta de poner al alcance de todos los habitantes de este país, un nivel aceptable de calidad en la atención médica.

El Presidente Felipe Calderón, al inicio de su administración estableció como visión al 2030,⁴ el logro de un Sistema de Salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, además, efectivo, seguro, eficiente y sensible. Para alcanzar esa visión del Sistema de Salud, el Programa Nacional de Salud (PRONASA 2007-2012) planteó cinco objetivos^a para la atención de los retos en salud que enfrenta el país; para el objeto de estudio de este trabajo se retoma el objetivo número tres, según el cual la prestación de servicios de salud debe hacerse con calidad y seguridad.

El PRONASA establece diez estrategias para el

a 1. mejorar las condiciones de salud de la población;
2. reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

cumplimiento de los objetivos propuestos. La estrategia número tres consiste en "situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud". Además, dentro de esta estrategia se diseñan ocho líneas de acción^b, entre las que destaca, implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud, enfocándose a la prestación de servicios efectivos, seguros y eficientes a través del desarrollo de las siguientes acciones.

Crear un Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, institucionalizando la constitución de comités estatales de calidad.

Fortalecer la cultura de calidad en los establecimientos de salud, mediante el reconocimiento del Premio Nacional de Calidad en Salud.

Reestructurar y fortalecer el proceso de certificación de calidad de establecimientos y prestadores de servicios de salud, para convertirlo en un estándar nacional de calidad en salud.

Acreditar las unidades de salud que prestan servicios al SPSS con criterios de capacidad, calidad y seguridad. La meta en esta materia es acreditar al 100% de las unidades que prestan servicios al SPSS.

Incorporar en los convenios de gestión del SPSS compromisos de calidad vinculados a SICALIDAD.

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. Asimismo, se medirá la satisfacción de los prestadores de servicios de salud. Para conocer las expectativas de los trabajadores de la salud y el compromiso con la calidad se elaborará una encuesta nacional.

Mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud, mediante el impulso y homogeneización a las alternativas a la hospitalización.

Fortalecer y consolidar la figura del Aval Ciudadano para construir ciudadanía en el Sistema Nacional de Salud.

Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad con el Proyecto de Seguridad del Paciente, que incluya medidas que garanticen una atención limpia y prevengan la ocurrencia de eventos adversos, errores en la medicación y cirugía insegura.

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales. La meta es que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.

Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería. Las unidades médicas deberán realizar una revisión periódica de la calidad del expediente clínico.

Favorecer el uso racional de los medicamentos y la creación de unidades de farmacia clínica.

1.1.2 La calidad en los establecimientos de primer nivel de atención médica

La organización de la atención médica se realiza a través de tres niveles de atención; el primer nivel de atención es el de menor complejidad, el que posee el mayor número de unidades, resuelve el 80% de las demandas de atención y constituye la puerta de entrada al sistema de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como sistema de atención médica: al conjunto de elementos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica, para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles.⁵

En México de acuerdo con lo establecido en el Artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud referido al Sistema Nacional de Protección Social en Salud, los establecimientos de primer nivel de atención deben ofertar prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud, aplicación de exámenes preventivos, programación de citas para consulta, atención personalizada, integración de expedientes clínicos, continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia, prescripción, surtimiento y control de medicamentos, información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.⁶

^b Las diez estrategias y sus respectivas líneas de acción pueden ser consultadas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, disponible en: www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

La capacidad resolutoria del primer nivel de atención, ha estado determinada en cada momento, por el desarrollo socioeconómico del país en general y de la salud pública en particular. Ha transitado desde los modelos integrales y comunitarios hasta el de la medicina familiar, lo que ha permitido conservar hasta nuestros días conceptos tales como el de atención integral, enfoque preventivo y participación popular, por mencionar sólo algunos.⁷

De acuerdo con lo anterior, los servicios otorgados por los sistemas de salud necesitan ser lo suficientemente buenos para cubrir las demandas de salud de la comunidad y ayudar a reducir la pobreza y otras enfermedades sociales. La visión de "Salud para todos" propuesta por la Organización Mundial de Salud (OMS) y la OPS, constituye una "meta" para que la atención a la salud ofrezca resultados más amplios.⁸

Sin embargo, nuestro país aún enfrenta en sus servicios de salud grandes carencias de recursos, de capacidad y tecnología, que como se mencionó anteriormente, son indispensables para ofrecer prestaciones de salud integrales. Aunado a esto, la aplicación de los servicios de salud se ha realizado, con base en un modelo poco integral que se olvida de la participación popular, la prevención y la promoción de la salud, y que se centra en la reparación de órganos enfermos. Esto fragmenta la totalidad corporal y social del individuo, en aras de un enfoque de subespecialidades, olvidando las necesidades y demandas explícitas de la mayoría de la población.

Conforme a la segunda actualización de la Edición 2006 del cuadro básico y catálogo de Auxiliares de Diagnóstico realizada por el Consejo de Salubridad General y las Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud⁹, la definición de niveles de atención médica surge como una necesidad para la racionalización de los recursos.

En este sentido se definen tres niveles de atención^c: el primero enfoca sus acciones y servicios básicamente para preservar la salud mediante actividades de promoción; vigilancia epidemiológica; saneamiento básico y protección específica; diagnóstico precoz; tratamiento oportuno y rehabilitación de personas con padecimientos de mayor frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica, todo esto a través de servicios de consulta de medicina general.¹⁰

Respecto a este último punto, es importante comentar que a pesar de que existen estos establecimientos de primer nivel de atención médica, muchos de ellos no garantizan un servicio permanente ya que su personal sólo labora unas horas del día; el resto de la jornada no hay atención. Por lo regular estas unidades, que sólo cuentan con camillas de observación y que atienden a una población de entre 5 mil a 20 mil habitantes, están localizadas en áreas urbanas o rurales, alejadas de los grandes centros poblacionales.¹¹

Sin embargo, dichas unidades solucionan el 80 % o más de los problemas de salud de la población mediante la ejecución de los programas establecidos; además, en este nivel ocurre idealmente el primer contacto de la población con los servicios de salud.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto se puede decir que los objetivos de los establecimientos^d de primer nivel son: atender a la población asignada dentro de su área de responsabilidad con acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud, así

c Segundo nivel de atención médica: Los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización para pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

Tercer nivel de atención médica: Las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

d Se define de acuerdo al manual para incorporarse al Sistema de Acreditación y Garantía de la Calidad, como "establecimientos" a las "Unidades para la Prestación de Servicios de Atención Médica", incorporadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) sistema que se explicara más adelante

como asegurar el traslado a nivel superior, de aquellas personas que así lo ameriten y, promover acciones sobre el medio ambiente.¹²

Los profesionales de la salud que integran estos establecimientos de atención médica, deberán demostrar sus competencias profesionales, así como conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas. Además, los establecimientos de primer nivel de atención médica, deberán contar con personal responsable que se encargue de planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención¹³.

En este sentido los servicios de salud en México, enfrentan un gran reto con extraordinarias dimensiones. Además, la población cada día está más consciente de sus derechos, razón por la cual espera, la pronta atención a sus demandas, creando la necesidad de hacer un esfuerzo sostenido para lograr la meta de poner al alcance de todos los habitantes de este país, un nivel aceptable de calidad en la atención médica.¹⁴ De acuerdo con lo anterior, para lograr una buena atención médica, no tan sólo se requiere de una adecuada cobertura y capacidad de los servicios de salud, sino también y de manera fundamental, una atención con calidad.

La introducción del concepto de calidad en las prestaciones de salud es una preocupación en diferentes países, principalmente en las últimas dos décadas y se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica, y afortunadamente para algunos, también de responsabilidad social y de integridad moral.¹⁵

1.1.3 La calidad de la atención médica

Con la finalidad de garantizar calidad en las prestaciones de servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde los años ochenta, han desarrollado esfuerzos orientados a incrementar la calidad y eficacia de la atención de los servicios de salud, así como a incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponible.¹⁶

En la 27a Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en Washington, D.C. en octubre del 2007, la calidad fue definida como: "el grado en el que los servicios de atención en salud incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y son consistentes con los conocimientos profesionales

actualizados"¹⁶. Además, incluyendo la seguridad del paciente, se convierte en una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.¹⁷

De acuerdo con lo estipulado por la OPS, en la actualidad los esfuerzos de los gobiernos y las instituciones de salud deben orientarse hacia la mejora de la eficiencia en salud y hacia el desarrollo organizativo, "**en un ambiente de mejora continua de la calidad de la atención**". El organismo distingue tres enfoques en **la gerencia de la calidad** en la atención de los servicios de salud.¹⁸

El primero es el **control de la calidad**: se encarga de conformar un servicio con base en las normas establecidas. Este método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, llevando un registro por escrito de todo lo que se hace. Además, mide el desempeño de un proceso por medio de indicadores y de esta manera vigilar que la calidad esperada se lleve a cabo según lo que se ha estipulado, se identifique el logro de objetivos propuestos y se propongan actividades para el mejoramiento según corresponda. El segundo es el de **gestión de la calidad**: éste se enfoca en incentivar la participación de todos los integrantes que conforman la prestación de los servicios de salud, para buscar el éxito a largo plazo, mediante la satisfacción del usuario, ofreciendo ventajas para todos los integrantes de la organización y de la sociedad, logrando la satisfacción del prestador del servicio y del usuario. El tercer enfoque hace referencia a la **garantía de la calidad**: busca la confianza en la obtención de ella; para esto, es necesario demostrar que se tiene un control total de la calidad, y para lo cual se requiere de un control externo como podrían ser los procesos de evaluación de certificación y acreditación (mismos que se definirán detalladamente más adelante).¹⁸

El enfoque de la OPS, descrito anteriormente, tiene como objetivo el mejoramiento de la calidad. Otro enfoque dirigido al mejoramiento de la calidad, define tres tipos de acciones: control de calidad, mejora de nivel o cambio significativo y planeación de la calidad. Este enfoque enfatiza que un proceso no se puede mejorar si no está bajo control, ya que esto permite reconocer las partes del proceso que deben cambiar para alcanzar los

^e Definición del Instituto de Medicina de los EUA

mejores niveles de calidad.¹⁹

De acuerdo con lo anterior, la **evaluación de la calidad** debe apoyarse en una definición conceptual de lo que significa la "calidad de atención médica". Es aquí donde se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Para A. Donabedian la calidad de la atención a la salud es:

"El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que está en juego son las expectativas de resultados que podrían ser atribuidas a la atención en el presente"²⁰

Esta definición excluye una característica primordial para alcanzar la calidad y ésta es el enfoque humanístico construido a partir de una base ética, creada desde la formación del profesional de la salud, la cual se observa en los valores, actitudes, la vocación y criterios de conocimientos que tiene cada profesional de la salud, y aplica en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos que garantizan operativamente la calidad:

- Mecanismos de gestión internos de calidad, que se desarrollan dentro de la organización.
- Mecanismos de gestión externos de calidad, que se desarrollan desde fuera de la organización, entre los que se encuentran la certificación y la acreditación.^f

Sin embargo, las actuales reformas del sector salud para la mejora de la calidad, en su mayor parte, están enfocadas a la normalización de los procedimientos médicos o quirúrgicos y en la inversión de infraestructura de los establecimientos de salud así como adquisición de equipos sofisticados.

Esto puede ser observado claramente en los médicos que laboran en instituciones de servicios de salud pública, donde la mayor parte de los esfuerzos para evaluar la calidad de los servicios de salud se han limitado al recuento de acciones emprendidas sin plantear el

efecto real que dichas acciones tienen sobre la salud, ni la medida en que satisfacen las necesidades de los individuos y la población.²¹

Lo anterior es un claro ejemplo de la manera en que se trata de evaluar la calidad de los servicios de salud en instituciones públicas en nuestro país. Los métodos utilizados para garantizar la calidad no toman en cuenta, los resultados que provienen del binomio estructura y proceso, y mucho menos el impacto que éste causa; no hay que olvidar que son importantes indicadores de una buena o mala atención que dan validez a la eficacia y calidad de la atención médica.

1.1.4 Certificación y acreditación como garantía de la calidad.

En México en materia de calidad y seguridad han sido creadas las iniciativas de certificación y la acreditación, ambos procesos de evaluación de la calidad de atención médica. A continuación se describe cada uno de los procesos y se realiza un análisis comparativo.

En 1999 el día 1º de abril, surge en México el Programa Nacional de Certificación, con la publicación en el Diario Oficial de la Federación del "Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales"²² como un proceso formal de evaluación de la calidad de la atención médica, con el fin de garantizar a la población usuaria de los servicios de salud el otorgamiento de mayores beneficios a menor riesgo.²³

Este Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica está a cargo del Consejo de Salubridad General, organismo que depende directamente del Presidente de la República, conforme al Artículo 73.Fracción XVI, Base 1a, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, presidido por el Secretario de Salud, que tiene como mandato la emisión de disposiciones obligatorias en materia de Salubridad General.²⁴

De este Consejo se desprende la Comisión de Certificación de Establecimientos de Atención Médica⁹, esta comisión está integrada por: por el Secretario Técnico del Consejo que funge como presidente de la Comisión y un representante de los vocales titulares del

^f La licencia es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual u organización de salud, para ejercer una profesión o prestar servicios de salud.

^g En algunos documentos oficial se reconoce también como Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud

Consejo de: Secretaría de Salud; Instituto Mexicano del Seguro Social; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Secretaría de la Defensa Nacional; Universidad Nacional Autónoma de México; Academia Nacional de Medicina, y de la Academia Mexicana de Cirugía, además de un representante de las siguientes instituciones y organismos: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina; Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.; Sociedad Mexicana de Salud Pública; Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud; Colegio Médico de México; Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería; y Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.²⁴

El 20 de septiembre de 2002 se consolidan los avances iniciales de proceso de certificación; en donde se asientan las características organizacionales de la instrumentación del Programa de Certificación; definiéndose a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, como una instancia que auxiliará al Consejo en el cumplimiento de sus atribuciones en materia de Certificación; el cual se consolida como un órgano colegiado de la Administración Pública Federal, así como de diversas instituciones y organismos ligados con la prestación de servicios de salud.²⁵

El 22 de octubre de 2003, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, en el cual se precisan las funciones de dicha Comisión, siendo de suma importancia, la definición de los criterios de evaluación que deberán cumplir los establecimientos de atención médica para obtener el certificado correspondiente.²²

Respecto al proceso de acreditación, éste surge de la necesidad de garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad requeridos, siendo obligatoria para los establecimientos públicos de atención médica, que deseen ingresar a la red de prestadores que atienden a los asegurados inscritos al Sistema de Protección Social en Salud.²²

El Sistema de Protección Social en Salud se crea en el 2001, tomando carácter legal con la reforma a la Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente. Con estas reformas a la Ley General de Salud, se da lugar a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la cual se conforma como

un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, encargado de conducir la operación del Sistema de Protección Social en Salud.

El proceso de acreditación se basa en lo dispuesto en el Artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud, el cual señala que "para incrementar la calidad de los servicios, la Secretaría de Salud establecerá los requerimientos mínimos que servirán de base, para la atención de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud". En el mismo artículo se definen también los aspectos mínimos a evaluar en los establecimientos públicos de prestación de atención médica. Al respecto, en los artículos 23 al 30, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se establecen los lineamientos operativos del proceso de acreditación.

Por último, cabe mencionar que en el Artículo 10, Fracción XIII del Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se atribuye a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) la vigilancia de la calidad y oportunidad de los servicios prestados. Siendo así el órgano para la acreditación, mismo que se encarga de crear grupos de consenso formados por profesionales médicos y de enfermería para la emisión y actualización de cédulas para la acreditación. Por último, el equipo de auditoría, se integra con personal de la Secretaría de Salud, de nivel federal y personal médico del área de atención médica de los Servicios Estatales de Salud (SES) y líderes de calidad en las entidades federativas. Los auditores estatales del equipo auditor no pertenecerán a la misma entidad federativa en donde se realiza la auditoría.¹³

Como se puede observar respecto a lo señalado anteriormente, en la actualidad, México cuenta con dos procesos de evaluación de la calidad de la atención médica. El primero de ellos, la certificación, con un extenso campo de aplicación, ya que considera tanto a establecimientos públicos como a privados. El segundo, la acreditación, la cual está diseñada ex profeso para unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Considerando que entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud, destaca el de proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos; en este sentido, el Consejo busca con la definición de sus políticas, acciones tendientes a mejorar la calidad de los servicios de atención médica.

Como se puede observar, la acreditación se orienta a cumplir exclusivamente con los requerimientos del Sistema de Protección Social en Salud, en tanto que la certificación tiene un campo de acción más amplio, en el marco del Sistema Nacional de Salud.

La certificación de establecimientos de servicios de salud, se basa en el enfoque de evaluación de la calidad de Avedis Donabedian; donde se consideran aspectos de estructura, procesos y resultados, es decir, los recursos con los que cuenta la unidad médica, la forma en cómo se organizan y aplican para la atención de los usuarios y los resultados que de esta forma se generan.

La certificación es de carácter voluntario, por lo que se efectuará a los establecimientos que la soliciten; tiene una vigencia de tres años y es aplicable a las unidades hospitalarias, a los establecimientos de atención médica ambulatoria, a los de atención médica psiquiátrica y a los de atención médica de rehabilitación.

El proceso de acreditación se basa de igual manera que en la certificación en el enfoque de evaluación de la calidad propuesto por Avedis Donabedian, pero en este caso sólo se consideran los aspectos de estructura y procesos, que se ven reflejados en las siguientes dimensiones:

"La capacidad se entiende como los mínimos indispensables de estructura, para los procesos de atención médica que se le brindan al paciente. La Seguridad se entiende como los mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente. La calidad se interpreta como, los elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a mejoría de sus procesos."¹³

Este proceso de evaluación es conducido en su parte operativa por el Comité Técnico de la acreditación, dependiente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud. Lo que resulta una evaluación por un organismo interno ya que evalúa a los establecimientos de salud que dependen de los servicios de salud estatales, los cuales a su vez dependen normativamente de la Secretaría de Salud Federal. Esto podría generar conflicto de intereses ya que a la propia Secretaría conviene disponer del mayor número de unidades acreditadas a fin de poder cumplir con las metas establecidas de afiliación al SPSS.

Por otro lado, es la misma Secretaría es la que determina

el cumplimiento de los estándares de calidad, que ella misma ha fijado, enfocándose a evaluar los requerimientos mínimos de capacidad, seguridad y calidad. La acreditación tiene una vigencia de cinco años y se aplica exclusivamente a establecimientos públicos de primer o segundo nivel de atención médica^h que deseen incorporarse a la red de prestadores de servicios del SPSS.

La acreditación se efectúa en dos fases: la primera de autoevaluación y la segunda de auditoría a cargo de DGCEs. La primera es realizada por el mismo personal y es responsabilidad de los encargados estatales de calidad el validar los contenidos de las cédulas de autoevaluación de los establecimientos antes de que estos sean remitidos a la DGCEs.

La cédula de acreditación es el instrumento de evaluación que contiene ítems a explorar, con base en el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, integrado por los tres grandes apartados señalados con anterioridad, capacidad, seguridad y calidad. El primero de ellos con 599 ítems a evaluar, el segundo con 37 y el último con 30, es decir, 666 ítems en total. Con relación a estos ítems se acreditarán aquellos establecimientos que cumplan con un puntaje entre 85 y 100 por ciento de las condiciones de capacidad, calidad y seguridad. Aquellas que tengan menos de 85 por ciento no acreditan.

Si la autoevaluación arroja un puntaje suficiente para acreditar, se le expide el dictamen de acreditación, y se ingresa al programa de supervisión; si el dictamen es de "No acreditado", por no cumplir con los criterios mayores los establecimientos deberán presentar un plan de contingencia y en caso de que sean criterios menores, se deberán de resolver en un plazo no mayor de tres meses. Es importante definir que de acuerdo al manual de acreditación y garantía de la calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud, los criterios mayores son aquellos ítems que se convierten en requisitos y que al no cumplirse, impiden la auditoría del resto (criterios menores) ya que afectan la seguridad del paciente. Los criterios menores son aquellos ítems que no son considerados como requisitos, y cuya sumatoria, junto con los criterios mayores, determinan el resultado de acreditado o no acreditado.²⁶

^h En el tercer nivel de atención se acreditan algunos servicios para la atención de padecimientos, relacionados con la cobertura del Fondo de Gastos Catastróficos

Posteriormente, la autoridad sanitaria estatal solicitará formalmente a la DGCES se efectúe el proceso de auditoría para esos establecimientos, en caso de no ser así, la DGCES se reserva el derecho de determinar las visitas de auditoría a los establecimientos con autoevaluación de acreditados. Los SES y las jurisdicciones sanitarias pueden conformar un grupo que verifique los resultados obtenidos por los establecimientos. De tal manera que cada Jurisdicción envía a los SES, los establecimientos de primer nivel de atención médica que ya están considerados como acreditados, de acuerdo a la autoevaluación realizada por el mismo personal que labora dentro del establecimiento y supervisores jurisdiccionales. Los supervisores estatales programan visita a estos establecimientos con el fin de aplicar la cédula de evaluación, la visita puede ser o no con supervisores de la DGCES. Sin embargo, no todos los establecimientos dictaminados como acreditados por la autoevaluación, reciben la visita de los supervisores de la DGCES; pero si todos los establecimientos reciben el dictamen de acreditación por parte de esta.

Realizando un análisis comparativo entre la certificación y acreditación, ambos evalúan aspectos similares, es decir, estructura y procesos; en este sentido se puede identificar que los criterios de capacidad evaluados con la acreditación, guardan similitud con aspectos de la certificación, pues contienen conceptos tales como disponibilidad de medicamentos, equipamiento, infraestructura, entre otros. La diferencia entre estos procesos radica en que la acreditación se apega al CAUSES para la selección de sus criterios a evaluar y en la certificación, obedece a su categorización de una valoración integral de la capacidad resolutive del establecimiento médico, con respecto a los servicios que ofrecen. Además los criterios para evaluar la seguridad y calidad, en la acreditación tienen similitud con los criterios para evaluar los procesos y resultados de la certificación, y en ambos instrumentos se evalúa la disponibilidad de protocolos de atención médica, existencia de mecanismos de referencia y contrarreferencia, calidad en la prestación de servicios, acciones de atención al paciente, entre otros.²⁷

Esta dualidad de procesos conduce al dispendio innecesario de recursos económicos para el mantenimiento de dos estructuras organizacionales paralelas encargadas de la instrumentación de sus respectivos programas de evaluación de calidad; además, de que dificulta los procesos de preparación interna por parte de los establecimientos que se ven

inmersos al mismo tiempo tanto en la certificación como en la acreditación, dificultad que se deriva de la heterogeneidad tanto en procedimientos como en estándares en ambos procesos y que generan al interior de los establecimientos de salud confusión y desgaste de energía para los trabajadores, si se pretende cumplir con ambos procesos de certificación de la calidad, para dar cumplimiento a los compromisos establecidos en el PRONASA.

De acuerdo a los organismos encargados de llevar a cabo la evaluación de la calidad en los servicios de salud, la acreditación se convierte en un proceso más frágil que la certificación, debido a que la misma Secretaría de Salud, es la que determina el cumplimiento de los estándares de calidad, que ella misma ha fijado, convirtiéndola en juez y parte; además, una vez realizada la primer fase del proceso de acreditación la "autoevaluación" si resulta con calificación aprobatoria, recibe el dictamen de acreditación tal y como se ha explicado antes, y no siempre recibe la auditoría por la DGCES, de tal manera que si la evaluación sólo ha sido realizada por el mismo personal operativo, existe la posibilidad que en ésta autoevaluación se incorporen percepciones subjetivas demasiado optimistas en su interpretación evaluativa, originando un sesgo en los resultados, sobrestimando los procesos; esto no quiere decir que es inapropiada una evaluación interna, sin duda es una parte complementaria, ya que al ser los mismos evaluadores los que ejecutan los programas conocen profundamente el funcionamiento de sus procesos y estructura que los conforma; pero no puede ser esta autoevaluación, suficiente para determinar el dictamen de acreditación.

Aunado a lo anterior, durante la exploración del instrumento de medición para la evaluación (cédula de acreditación), se detectaron una serie de vacíos en su estructura, que dificultan una correcta aplicación. Por mencionar algunos; ausencia de una definición operacional para cada uno de sus indicadores, los indicadores que requieren ser cotejados a través de documentación no especifican la fuente exacta en la que se verificará.

Estos vacíos existentes; se pueden observar desde los primeros indicadores que conforman la cédula, tal es el caso en la verificación de tiras reactivas, el criterio es; *verificar la suficiencia según demanda, y cero por ciento en el diferimiento en la realización a pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo*; pero no especifica de acuerdo a qué elementos se determinará la

demanda, o qué documentos se cotejarán para determinar si existe diferimiento de glicemias en pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo.

En el indicador de química seca, que se verifica a través de la existencia de un glucómetro en buenas condiciones, y que sus criterios de evaluación son: *la existencia y funcionamiento de glucómetro y dotación de baterías o glucómetro de repuesto*, no resulta claro cómo evaluar la suficiencia, si no se especifica cuántos glucómetros deben existir por núcleo básico de atención médicaⁱ; en este sentido, la existencia de un glucómetro en un establecimiento de primer nivel de atención médica con cinco núcleos básicos puede ser considerado como cumplimiento, ó se puede contar con glucómetros con baterías de repuesto y tiras reactivas suficientes, pero si las tiras reactivas existentes no corresponden a la marca del glucómetro, es imposible realizar la detección, sin embargo, de acuerdo a los criterios expuestos en la cédula de acreditación puede considerarse como cumplimiento; otro ejemplo es, en el indicador de Cartilla Nacional de Salud, define como el concepto a evaluar la entrega de la Cartilla a cada asegurado, sin embargo, en el criterio de evaluación sólo considera la verificación de la existencia del sistema de abasto y evidencia documental, de tal manera que aun siendo congruente la información escrita entre los formatos F5, F6 y la existencia disponible en cartillas (aclarando que esta fuente de obtención de datos no es especificada en la cédula de acreditación), podrá considerarse como cumplimiento, a pesar de ello, eso no garantiza que todos los asegurados cuenten con su Cartilla Nacional de Salud.

Así podríamos ir explorando cada "indicador" y sus criterios de evaluación; confirmando cada vez más las deficiencias del instrumento que van desde la falta de definición operacional que indique el procedimiento de medición hasta deficiencias en cuanto a lo que realmente se desea medir, por tal motivo la aplicación de esta cédula oficial de acreditación, por diferentes evaluadores, puede arrojar diferentes resultados ya que la falta de definición en los criterios para evaluar cada indicador permite incorporar criterios subjetivos de cada evaluador.

Lo descrito anteriormente, sólo son algunas evidencias de que el instrumento de medición utilizado para el proceso de acreditación carece de validez y confiabilidad.

ⁱ El núcleo básico está compuesto por un médico y una enfermera, y se considera que por cada 3000 habitantes en una población debe de existir un núcleo básico para la atención médica.

1.1.5 Evaluación de la calidad en la atención médica

Es evidente que si bien, son necesarios los procesos de evaluación de la atención médica, su instrumentación no es suficiente, ya que es necesario garantizar que dichos procesos se apeguen a ciertos principios teóricos y metodológicos para asegurar que la evaluación realmente dé evidencia de la situación que prevalece en la atención médica

Para estimar el grado de calidad de la atención médica se requiere de métodos y, antes de describir los métodos existentes en nuestro país, es importante definir la importancia de una evaluación.

La evaluación es considerada como una ciencia por estar comprometida con la producción de conocimiento. La investigación desde el punto de vista práctico, se interesa por conocer los cambios en la salud como consecuencia de nuevas concepciones en la práctica sanitaria, y para ello se requiere de una correcta evaluación, y un determinante importante es la calidad de los instrumentos de medida.²⁸

La evaluación es un procedimiento científico; es "un instrumento para estudiar, comprender y ayudar a mejorar los programas en salud, en todos los aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización y diseño, su implementación y administración, sus resultados y su eficiencia"²⁹. Lo anterior es de suma importancia ya que una evaluación no sólo puede ser aplicada al concluir un proceso, sino también desde su diseño o durante su implementación, lo que permite conocer en qué consisten y dónde se encuentran las deficiencias o ventajas que podrían arrojar un resultado determinado. Luego entonces, la evaluación resulta ser un instrumento esencial para la mejora, además, ofrece la oportunidad de identificar los problemas en diferentes momentos.

La evaluación normalmente connota un cuerpo de conocimientos que organiza, describe, predice, explica con el fin de contribuir a la comprensión y al control de los temas que estudiar.

La teoría de evaluación se divide en dos componentes: descriptivas y prescriptivas. Las descriptivas tienen como función describir y explicar un fenómeno, un hecho a través de un grupo de condiciones y métodos o procedimientos, como constantes, intentando describir y explicar la probabilidad de los resultados, las metas,

como variables de interés. El componente prescriptivo tiene como finalidad relacionar lo que se debe de hacer y el cómo se puede hacer mejor, apoyándose en condiciones y metas que prescriben los mejores métodos o procedimientos, como variables de interés, para conseguirlas.²⁸

Otra teoría utiliza la terminología de **teoría causativa** en lugar de teoría descriptiva y **evaluación normativa** en lugar de teoría prescriptiva. La teoría causativa para la evaluación se basa en la experiencia; representa el conocimiento empírico, busca las relaciones causales entre los tratamientos y los resultados. La teoría normativa procede examinando las premisas, las concepciones, los procedimientos, o el conocimiento previo. Además, proporciona una justificación para la estructura y actividades del programa, guía la planificación, la formulación y la realización de un programa.²⁸

Evaluar es establecer un juicio, respecto al mérito o valor de algo; una conclusión valorativa. Para realizarlo se requiere de la comparación con algún estándar o punto de referencia, que ha sido establecido explícita o implícitamente. Establecer significados sustantivos para interpretar a partir de una comparación entre resultados obtenidos y planeados; es un proceso que casi siempre resulta complejo y requiere del concurso de expertos. Se da con cierta frecuencia que ni los mismos ejecutores de programas han determinado con precisión cuáles son esos niveles de desempeño esperados³⁰. De acuerdo con su función la evaluación se puede dividir en: formativa y tiene como finalidad el mejoramiento ya que se realiza regularmente para guiar y posiblemente corregir el desempeño de un programa; y sumativa, la cual intenta establecer en qué grado el programa, una vez implementado, ha generado en la población los cambios esperados en las variables de resultado o de impacto³¹.

Tomando como base los principales modelos de evaluación Solórzano describe dos enfoques³²: **Modelos objetivistas**, en los que la evaluación es la valoración de los atributos de un programa; se centran en determinar su productividad y eficiencia, para la toma de decisiones. **Modelos subjetivistas**: la evaluación es la comprensión de los procesos y resultados de un programa; se centran en captar el significado de las situaciones, para mejorar la práctica.

Ahora bien, resulta importante en un proceso de evaluación determinar quien realiza la actividad. En este sentido se divide a la evaluación en: **evaluación**

interna en donde los mismos ejecutores y responsables de los programas (auto-evaluación), incluso los mismos beneficiarios, son los que llevan a cabo la evaluación. En la **evaluación externa** o independiente, ésta es realizada por un profesional o grupo de profesionales traído expresamente para ese efecto.

De acuerdo con lo anterior ambas tienen sus bondades y limitaciones. Y las debilidades de una son las fortalezas de la otra, como lo definen (Worthen y Sanders), a quienes cita Montero. Ellos, consideran que una adecuada evaluación requiere de ambos enfoques, el interno y el externo. Una evaluación interna tiene por ventaja, que al ser los mismos evaluadores miembros del equipo de ejecución, conocen profundamente el funcionamiento del programa y del contexto que lo rodea, pero a la vez por su condición de ejecutores, pueden también incorporar percepciones subjetivas demasiado optimistas en su interpretación evaluativa y de esta manera segar los resultados sobreestimando las bondades del programa.³¹

En 1966, el Dr. Avedis Donabedian propuso tres enfoques de la evaluación de la calidad de la atención médica: **estructura, proceso y resultados**.

La evaluación de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; su estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización financiera y otros.

La evaluación del proceso, se justifica porque se supone que no interesa el poder de la tecnología médica para alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica.

La evaluación de resultado, identifica a la atención médica en función de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia; los resultados son en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica³³.

1.1.6 Los instrumentos de evaluación

Una evaluación siempre estará apoyada por la medición, la cual se define de manera clásica cómo, "*asignar números a objetos y eventos*"; quizá esta definición discrimine fenómenos que no puedan caracterizarse como objetos o eventos, que sean demasiados abstractos para ello, y esto ocurre en las ciencias sociales, por tal

motivo, una definición más adecuada de medición es "el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos", para ello "el instrumento de medición o de recolección de datos juega un papel central".³⁴

En la investigación cuantitativa se requiere de la aplicación de un instrumento para medir las variables de interés, medición efectiva siempre y cuando, el instrumento de recolección de datos represente a las variables que se quieren medir; si no se logra esto, la medición es deficiente, por lo tanto la investigación carece de validez. "un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente."³⁴

Sin duda no hay medición perfecta, pero en una investigación de enfoque cuantitativo, requiere acercarse lo más posible; a la representación fiel de las variables a observar, mediante el instrumento de medición desarrollado.³⁴

Los instrumentos de recolección de datos deben cubrir dos requisitos esenciales; validez y confiabilidad, por ello durante la construcción de un instrumento, se requiere de disciplina, ajuste detallado y precisión estricta, con el fin de disminuir la influencia de variables extrañas y la posibilidad de error, y de esta manera aumentar la probabilidad de que los resultados del estudio sean un reflejo fidedigno de la realidad.

1.1.6.1 Validez de los instrumentos

La validez de un instrumento significa qué tan bien un resultado obtenido refleja al fenómeno en estudio, esto es, la capacidad que tiene el instrumento para medir la cualidad para la que se construyó. Hay diferentes formas de medir la validez en un instrumento: La validez de constructo examina el traslado de las definiciones conceptuales a las definiciones operacionales de las variables, de tal manera que las definiciones conceptuales son utilizadas para desarrollar las definiciones operacionales y deben de reflejar el concepto.³⁵

La validez de constructo se encarga también de verificar si la teoría fundamenta la utilización de un instrumento, se pregunta qué tan bien la medición refleja la naturaleza del concepto o "constructo" que se pretende medir. Para analizar la validez de constructo de un instrumento es necesario que exista una conceptualización clara

del objeto bajo estudio, con base en una "teoría" determinada. Lo que permitirá tener una idea clara acerca de cómo se manifiesta el atributo bajo estudio.³⁶

La validez externa es el punto hasta el cual los hallazgos de un estudio pueden ser generalizados más allá de la propia muestra del estudio. Mientras que la validez interna es el punto hasta el cual los efectos percibidos en el estudio son un reflejo verdadero de la realidad y no el resultado de los efectos de variables externas.³⁶ Ruiz C, Validez

La validez de criterio, se asocia a la capacidad de un instrumento para predecir una conducta o evento. Un ejemplo para determinar esta validez en el área de la salud se puede observar, en el reflejo predictivo de un instrumento que evalúe ciertas conductas de riesgo sanitario y predecir quiénes tienen el riesgo potencial de desencadenar el problema, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, entre otras.³⁶

El procedimiento de validación se realiza a través de una correlación entre medidas obtenidas con un criterio exterior habitualmente llamado "patrón oro", de tal manera que si la correlación es alta, la medida obtenida es considerada válida y por lo tanto el instrumento también. Pero no siempre se dispone de un criterio de comparación aceptable, ante ello se requiere buscar o construir alguno con el que se pueda comparar los resultados de la medición.³⁶

Validez de contenido; a través de ella se busca determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. Por lo general la validez de contenido, es estimada de manera subjetiva o intersubjetiva, y para ello el método más empleado es a través del *juicio de expertos*, quienes juzgarán de manera independiente, la "bondad" de los ítems del instrumento, en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad en la redacción y la tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems.³⁶

1.1.6.2 Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad depende de la coherencia con que la técnica de medición permite medir una variable o un concepto³⁷ "confiabilidad es el grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados similares"³⁴ Esto es, el grado en el que los puntajes observados en una medición están libres de error de medida; se relaciona con la estabilidad de las

observaciones e inferencias realizadas y su precisión.

Algunas formas de estimar la confiabilidad de los datos son: Consistencia interna o inter-ítem, consiste en determinar qué tan bien los ítems de un cuestionario o escala correlacionan unos con otros a través de diversos procedimientos estadísticos; uno de ellos consiste en dividir en dos partes los ítems, por ejemplo todas las respuestas pares y todas las impares y correlacionar ambos grupos de respuestas, otra forma es correlacionar cada ítem con todos los otros, en este caso se estima la consistencia del ítem en forma individual, en relación con todos los demás.

El coeficiente alpha de Cronbach quizá es el más apropiado para ítems que tienen tres o más alternativas de respuesta, y el Kuder Richardson para ítems que ofrecen respuestas dicotómicas, estas pruebas evalúan el ítem y su relación con la extensión del instrumento.

La confiabilidad inter-observador o equivalencia, es utilizado principalmente en observaciones clínicas o diagnósticas y cuestionarios con preguntas abiertas, de tal manera que se correlacionan los puntajes obtenidos entre distintos observadores, indicando de esta forma el porcentaje de acuerdo respecto de la medida observada corrigiendo el factor azar, y la prueba estadística aplicada es el coeficiente de Kappa, el cual se considera un valor muy bueno a partir de 0,8 y muy malo por debajo de 0,20, así mientras más cerca de cero es el valor, más azar hay presente en las medidas.

Un requisito importante para la obtención de las medidas es la selección adecuada de los programas estadísticos, para realizar las pruebas mencionadas, entre éstos el más utilizado en ciencias de la salud es Stata y el paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) para Windows.

El Test-retest o medida de estabilidad consiste en repetir la prueba dos o más veces a los mismos sujetos con el objetivo de correlacionar sus respuestas y determinar su estabilidad; sin embargo, las diferencias observadas en las respuestas no se deben sólo al azar, sino que pueden estar involucradas con sesgos del objeto estudiado, diferencias en la aplicación del instrumento, condiciones externas en el momento que se administra la prueba, o si la variable es susceptible a cambios puede verse modificada por el tiempo, entre cada prueba; finalmente para evitar errores, se debe procurar entre la primer y segunda aplicación del instrumento, guardar las mismas condiciones.

1.2. Fundamentación empírica

1.2.1 Algunos estudios sobre validez y confiabilidad de instrumentos

Alonso, Bayarre y Artilles; realizaron un trabajo que tiene como objetivo la construcción de un instrumento que permita establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad. La muestra del estudio, quedó integrada por 200 mujeres con edades comprendidas entre 45 y 59 años, seleccionadas mediante muestreo simple aleatorio. Para la construcción del instrumento realizaron una revisión bibliográfica que les permitió establecer los descriptores para la evaluación de este fenómeno: autoestima, percepción de salud, proyecto de vida, condicionamiento de género y relaciones de pareja.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el método del test-retest y se calculó el coeficiente de confiabilidad r . La consistencia interna de la prueba se determinó aplicando el Modelo de Regresión Lineal Múltiple y calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Para evaluar la validez de contenido se sometió el instrumento a criterio de expertos. Para determinar la validez de criterio se calculó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. La validez de construcción se evaluó mediante el método de los grupos extremos, utilizando la Prueba de Comparación de Medias en muestras independientes.

Para la validación del instrumento primero se evaluó su confiabilidad y consistencia interna y posteriormente se procedió a estudiar la validez del instrumento en sus diferentes modalidades: validez de contenido, validez de criterio y validez de construcción.

La evaluación de la confiabilidad propiamente dicha o estabilidad del instrumento en el tiempo se evaluó utilizando el método del *test-retest*, por lo que transcurridas cuatro semanas de la primera aplicación de la prueba se procedió a realizar la segunda y se calculó el coeficiente de confiabilidad r . El instrumento se consideraría confiable si este coeficiente alcanzaba valores iguales o superiores a 0,80, cifra que se corresponde con la exigida por otros autores.

La consistencia interna se evaluó calculando el coeficiente de regresión lineal múltiple, cuyo resultado daría una medida de la correlación entre cada ítem y el resto. Se consideró una correlación importante si el coeficiente alcanzaba valores superiores o iguales a 0,6.

Se calculó además el coeficiente alfa de Cronbach, el cual permite comprobar el contexto interno de cada ítem según sea posible. Se considera que el test es más homogéneo cuando el alfa de Cronbach tiende a uno. Para evaluar la validez de contenido se tomó como válido el criterio de los expertos utilizado en el acápite de la construcción del instrumento. Para evaluar la validez de criterio se tomó como criterio de comparación la prueba *Índice de satisfacción de la vida* ante la ausencia de una prueba de referencia que incluyera las categorías consideradas por el índice de Satisfacción Personal (ISP-RELEBA), como expresión de la satisfacción personal. Ésta se aplicó simultáneamente con el instrumento creado en la población objeto de estudio. La concordancia entre los resultados obtenidos con la aplicación de esta prueba y los obtenidos con el instrumento construido, se evaluó mediante el coeficiente de correlación de rangos de Spearman con un α de 0,05.

La validez de construcción se evaluó mediante el método de los grupos extremos, para lo cual se utilizó la prueba de comparación de medias en muestras independientes (prueba *t* de Student), con un nivel de significación del 1 % ($\alpha = 0,01$). Este procedimiento consiste en comprobar si hay diferencias significativas entre los puntajes promedios en el ISP RELEBA, obtenidos por individuos de dos grupos independientes. Como criterio de inclusión en uno u otro grupo se utilizó la ubicación por debajo de 10 y por encima del 90 percentil; ubicación que resultó de la evaluación del índice de satisfacción personal.

Se obtiene como resultados en cuanto a la construcción del instrumento que no se rechazaron por parte de los expertos; ninguna de las categorías propuestas para la evaluación del fenómeno de la satisfacción personal en la población objeto. A tal efecto quedaron establecidas las categorías autoestima, percepción de salud, proyecto de vida, condicionamiento de género y relaciones de pareja. El instrumento resultó confiable ya que se obtuvo un coeficiente *r* de 0,80 valores que corresponde con el prefijado como indicador de buena confiabilidad del test. Se obtuvo un alfa de Cronbach igual a 0,94 por lo que el instrumento resultó tener una elevada consistencia interna. Este resultado es coherente con el valor que se obtuvo en el coeficiente de regresión múltiple para varios ítems de la prueba; en 21 de ellos este coeficiente está por encima del valor prefijado (0,6), lo que habla a favor de la coherencia interna de los ítems en el instrumento creado.

En cuanto a la validez de contenido, se consideraron válidos para este apartado, los resultados obtenidos

en el acápite de construcción del instrumento. Por otra parte, el test resultó ser válido en cuanto a la validez de criterio ya que se obtuvo un coeficiente de correlación de rangos de Spearman de, 62 ($p \leq 0,05$) lo que indica una correlación importante entre los resultados del test utilizado como criterio y los obtenidos con el instrumento creado. Asimismo, se demostró su validez de construcción ya que se comprobó la hipótesis de que en las poblaciones de mujeres satisfechas y el puntaje promedio alcanzado en la prueba construida es superior al puntaje promedio de las mujeres clasificadas como insatisfechas ($p = 1,4 \times E-12$). Como conclusión se obtuvo, que la prueba alcanzó una alta confiabilidad por su estabilidad y consistencia interna, y una adecuada validez de contenido, de criterio y de construcción. Se evidenció que el instrumento creado permite establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad.³⁸

Paolinelli, González, Doniez, Donoso y Salinas evaluaron para identificar su confiabilidad; el instrumento "Functional Independence Measure" que cuantifica en forma objetiva el grado de discapacidad que presenta un paciente en un momento dado y medir los cambios que se producen en el tratamiento de rehabilitación

El FIM (Functional Independence Measure), aparece actualmente como estándar en la literatura mundial. Ha sido utilizado ampliamente en diferentes patologías y grupos etáreos, demostrando ser un instrumento válido, sensible y confiable. El FIM es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles. El nivel 1 indica una dependencia completa (asistencia total) y el nivel 7 una completa independencia.

Para ello se determinó la confiabilidad del instrumento en el medio clínico (concordancia inter-observador) y así poder establecer si la confiabilidad depende del entrenamiento que se tenga en el uso de este instrumento. Posteriormente se mostró una experiencia en el uso del FIM en la Unidad de Hospitalizados del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile comparando sus resultados con los obtenidos en la literatura. (UDRS: Base de datos, con los resultados obtenidos en cientos de Centros de Rehabilitación en EU durante los años 1996-1997.

Para el estudio de confiabilidad. Se desarrolló, un

protocolo prospectivo de estudio, en el cual se evaluó con el FIM a dos grupos de 40 pacientes discapacitados cada uno, de diferente etiología, en tratamiento en el servicio durante el año 1993-94 (hospitalizados). Los evaluadores que participaron fueron terapeutas ocupacionales que tenían entrenamiento previo en el uso de instrumentos de evaluación funcional en rehabilitación (Índice de Barthel, usados en servicio desde 1985), pero sin entrenamiento formal en el uso de este nuevo instrumento (FIM). El trabajo se desarrolló en dos etapas; la primera fue realizar la evaluación de cada uno de los 40 pacientes por medio de dos evaluadores en forma independiente, y con un intervalo entre cada evaluación no mayor a 24 hrs. Posteriormente se eligió otro grupo de 40 pacientes con accidente cerebrovascular (AVE) o traumatismo encéfalo-craneano (TEC) para la reevaluación de todos los ítems, especialmente los aspectos cognitivos. Previo a esto se realizó un trabajo de consenso entre los evaluadores para buscar criterios comunes de evaluación en cada uno de los ítems del FIM (validez de criterio).

También se aplicó el FIM en 100 pacientes que ingresaron consecutivamente a un programa de rehabilitación en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación entre los años 1996 y 1998, fueron pacientes que ingresan por primera vez a un programa de rehabilitación. Se aplicó el FIM al momento del ingreso y al momento del alta del paciente. La evaluación fue realizada por un terapeuta ocupacional que participó en el trabajo previo de confiabilidad. La primera evaluación se realizó dentro de las primeras 48 hrs. de la hospitalización y luego una vez a la semana hasta el momento del alta hospitalaria. Se obtuvo el FIM de admisión, el FIM del alta, cambios del FIM (diferencia entre el FIM de ingreso y de alta), y la eficiencia del FIM (promedio de cambio del FIM diario, cambio de FIM total dividido por los días de hospitalización). Los ítems del FIM fueron agrupados en dos dominios principales (motor y cognitivo) y en seis sub-escalas parciales (AVD, esfínter, transferencias, movilidad, comunicación y cognición social).

Para el análisis estadístico, para medir el grado de concordancia inter-observador se utilizó la prueba de Kappa no ponderado, que permite evaluar el grado de concordancia entre observadores en el uso de escalas nominales u ordinales. De acuerdo a Fleiss, niveles $>0,81$ muestran concordancia excelente, $0,61$ a $0,8$ concordancia buena, $0,41$ a $0,6$ moderada, menores a $0,40$ mala. La prueba de Kappa fue aplicada en las dos

muestras (pre y post entrenamiento) y se usó de la prueba de Student para estimar las diferencias estadísticas entre ambas, valores de $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Como resultado se obtuvo que el FIM; es un instrumento confiable para la evaluación de los niveles de discapacidad en el ambiente clínico. Para su uso intensivo se requiere pasar por un período previo de entrenamiento por parte de los evaluadores para que sea confiable. Además, permite evaluar periódicamente los cambios que se producen en un programa de rehabilitación a nivel del paciente individual, como también medir resultados globales de eficiencia y eficacia los programas de rehabilitación médica.³⁹

Investigadores colombianos, Lugo, García y Gómez; realizaron un estudio para evaluar la consistencia interna y la confiabilidad test-retest e inter-evaluador del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en pacientes con dolor músculo-esquelético, depresión mayor, diabetes mellitus y personas sanas. El estudio fue realizado, a través de entrevistas y auto-diligenciado en 605 personas. Se usaron medidas descriptivas para ítems, escalas y grupos; cálculo de consistencia interna de ítems con sus escalas, confiabilidad de escalas y confiabilidad inter-observador e intra-observador. Las variables medidas fueron: función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. Los resultados obtenidos fueron: de 0% a 1,5% de datos omitidos, las correlaciones ítem-escala superaron 0.48, la confiabilidad fue mayor de 0.70. No hubo diferencias en los puntajes de escalas según tipo de aplicación. La confiabilidad inter-observador fue mayor de 0.80; el test-retes superó el 0.70 y no mostró diferencias significativas en las dos aplicaciones. Se concluye que el instrumento SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos.⁴⁰

Veliz Márquez, realiza una investigación sobre la validación de un cuestionario de transgresiones ético-médicas, a partir del incremento de las denuncias, en contra de los médicos. Desde 1999, realizó la confección y ensayo de un cuestionario que recoge opiniones sobre la frecuencia de transgresiones que los médicos observan en sus colegas, cuya quinta versión (22 ítems) fuera sometida, exitosamente, a pruebas de validez y confiabilidad, resultando una sexta con 6 ítems nuevos. De tal manera que el objetivo del estudio fue validar la sexta versión del Cuestionario de Transgresiones. Y para ello aplicó la sexta versión a 530 médicos de 22 consejos

regionales del Colegio Médico. La validez de constructo teórico se evaluó por medio de la correlación r de Pearson y la concurrente comparando el orden de prelación de porcentajes de respuestas “frecuente” o “muy frecuente” de los 530 médicos, con los alcanzados en un trabajo anterior sobre denuncias en contra de los médicos. Se evaluó la confiabilidad por medio del alfa de Crombach. Los resultados obtenidos respecto a los índices de validez de todos los ítems, incluso el 3 y el 4 invalidados en la Quinta versión, fluctuaron entre 0,94 y 0,99 comprobando la validez de constructo. La validación concurrente se estableció comparando el orden de prelación de los porcentajes de las transgresiones observadas y las denunciadas que resultó igual. El alfa de Crombach fue de 0,95. Esta investigación concluye que la sexta versión posee validez de constructo teórico y concurrente así como confiabilidad. Además se identificaron seis tipos de transgresiones, siendo la más frecuentemente elegida la que está en relación directa con el paciente (relación médico-paciente). Y se recomienda la utilización de estos hallazgos, en educación médica continua.⁴¹

Zúñiga M, Carrillo G, Medina G, realizaron un estudio para establecer, con la Encuesta SF-36, un perfil multidimensional del estado de salud de una población del sureste de México y analizar las propiedades psicométricas de una traducción de la Encuesta SF-36 autorizada por el Proyecto Internacional de Evaluación de la Calidad de Vida. Para ello utilizaron como instrumento la SF-36, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA) y fue aplicada a 257 participantes voluntarios de una clínica médica y a un grupo control de una institución pública gubernamental. Se utilizó, sin modificar, la metodología de construcción de las escalas de salud propuestas por los autores de la encuesta. Se analizó psicométricamente la validez y para ello se utilizaron varios supuestos para medir validez. Entre ellos se encontraron los siguientes: a) una pregunta debe estar linealmente relacionada en forma sustancial con el concepto subyacente medido (validez convergente); b) una pregunta debe correlacionarse en forma sustancialmente alta con su escala hipotetizada, en lugar de que lo haga con escalas que miden otros conceptos

(validez discriminativa); c) preguntas que miden el mismo concepto deben tener aproximadamente igualdad de varianza, para evitar estandarización (prueba de homoscedasticidad), y d) preguntas de una misma escala deben contener similar promedio de información acerca del concepto a medirse (prueba de igual correlación de pregunta-escala). Para medir la confiabilidad de la adaptación de la SF-36 para su uso en México, se utilizó la prueba de consistencia interna o coeficiente de Cronbach (α de Cronbach). Este coeficiente provee un estimado de confiabilidad basado en todas las posibles correlaciones entre dos grupos de preguntas en una prueba. El cálculo del coeficiente α se fundamenta en la correlación media de cada pregunta en cada una de las escalas, con el total de las mismas, y el número de preguntas que contiene.

La validez convergente de las preguntas fue, en general, comprobada con una correlación de 0.4014 o mayor con su escala hipotetizada. En seis preguntas se encontraron problemas, mismos que se describen a continuación. En tres preguntas se observaron dificultades de medición y en otra se encontró que todas las respuestas fueron similares, lo que invalida el análisis de contribución de respuestas a la construcción de la escala de salud. En una pregunta más se encontró que no existió correlación con el concepto hipotetizado, lo que se consideró como un posible problema de traducción o interpretación por circunstancias culturales, y en una sexta pregunta hubo baja correlación con las otras preguntas que se usan para construir la escala. La evaluación de la homoscedasticidad muestra que 35 de las 36 preguntas en cada escala contribuyen de manera similar a sus respectivas escalas. Las otras suposiciones de validez mostraron, en general, resultados excelentes.

Las pruebas estadísticas de confiabilidad medidas por la consistencia interna del cuestionario muestran un Coeficiente α de Cronbach con un rango de 0.56 a 0.84, los coeficientes estuvieron entre 0.70 (valor mínimo recomendado para efectos comparativos) para todas las escalas excepto para rol emocional, el cual mostró una correlación de 0.56. De las cuatro escalas de salud representativas del constructo salud mental, el rol emocional tuvo las correlaciones más bajas. Las correlaciones entre la función física y las demás escalas también fueron bajas.

Se construyeron ocho escalas o conceptos de salud relacionados con función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y

salud mental. En los participantes de los servicios médicos la escala con más bajo promedio fue la de salud general (63), y la más alta, la de rol físico (89). En la población control la escala con promedio más alto fue función física (94.6), y la más baja, salud general (73). La comparación de promedios de escalas en ambos grupos de participantes mostró diferencias estadísticamente significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Con base en los resultados de la evaluación psicométrica, la SF-36 muestra que es consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, aunque la traducción de ciertas preguntas se examinará con profundidad para determinar modificaciones subsecuentes⁴²

Un trabajo realizado por Sánchez P., en la Universidad de Psicología de Valparaíso, Chile, tuvo como objetivo general construir y validar un instrumento que mida estrés laboral en los servicios de alta tensión en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar. Para ello se elaboró un marco de referencias que expone diferentes miradas de esta variable, a saber, estrés laboral, desde sus definiciones individuales hasta los últimos modelos explicativos organizacionales, con el cual se obtuvo una mirada global. Para abordar el tema del estrés laboral, se utilizó la metodología cuantitativa, lo que permitió obtener una descripción de la realidad, lo que sucede con el fenómeno en estudio, en este caso, el estrés laboral, de una forma más objetiva en una realidad única, en la cual el sujeto es independiente del objeto. A partir de este enfoque positivista donde, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, exige validez y confiabilidad; a fin de garantizar la objetividad de la información obtenida. En esta investigación, se construyó un instrumento válido y confiable, contextualizado en los servicios de alta tensión del Hospital Dr. Gustavo Fricke. Los resultados obtenidos permitieron la inferencia a todo el universo, por medio de los reactivos que fueron presentados a cada funcionario y contestaron, como una forma para acceder a la realidad actual vivida en dicho Hospital en relación al estrés laboral.

El tipo de muestra fue no probabilística o intencionada, es decir, estaba compuesta por sujetos, en este caso, funcionarios que integren los servicios de alta tensión, donde no todos tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, ésta se determinó de acuerdo a causas relacionadas con las características determinadas por el investigador, (selección intencionada).

El Instrumento que se construyó es de formato Escala

Tipo Likert, es decir, presenta un conjunto de ítems en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son 5 e indican cuanto se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Cada ítem consiste en una afirmación que consta de 5 alternativas.

Como primera prueba de validez, fue sometido el instrumento a juicio de expertos y análisis estadísticos para determinar su validez de contenido y constructo. Así, se configuró el instrumento definitivo. Según los jueces, los ítems de cada escala aportan un gran peso a cada una de ellas. Los jueces consistentemente coincidieron que los ítems miden esa escala determinada y no otra. Se podría concluir que el cuestionario posee una adecuada validez de contenido.

En la aplicación piloto aplicada a 15 funcionarios, con relación a la validez de constructo, por medio del análisis factorial, se determinó que los factores propuestos son dependientes, lo que significa que los factores están correlacionados, lo que hace necesario una interpretación a nivel general y no por escalas. Por lo tanto, por medio del análisis factorial, el cuestionario no posee la estructura esperada, sin embargo, se piensa que son factores que no son independientes.

La confiabilidad fue obtenida a través del Coeficiente de Consistencia Interna Alpha de Cronbach. A partir de un procedimiento de eliminación de ítems por medio del análisis de ítems borrados o eliminados, las correlaciones en las distintas escalas fluctuaron entre 0.77 y 0.90, siendo correlaciones significativas y adecuadas para cada una de las escalas.

Finalmente, se concluye que la presente investigación, representa un valioso aporte a la psicología organizacional, debido a que proporciona un instrumento que permite evaluar distintas variables organizacionales en cuanto al estrés laboral. Al mismo tiempo, el instrumento posee una serie de ventajas, como por ejemplo, es de fácil aplicación y corrección, es económico en cuanto a su costo y tiempo, y permite una aproximación en el diagnóstico del estrés organizacional.

En general, los resultados del análisis estadístico confirman que las propiedades estadísticas del cuestionario son adecuadas. Se observan satisfactorios coeficientes de consistencia interna (confiabilidad) y validez, cumpliendo con ello el objetivo de la investigación. De esta manera, se pone a disposición psicológica y /o otros profesionales

del Hospital Dr. Gustavo Fricke, especialmente médicos jefes de los servicios de alta tensión, un cuestionario para evaluar estrés laboral, enriqueciendo, en cierta medida, el área de RRHH. Sin embargo, se recomienda realizar una mayor investigación para comprobar otros tipos de validez del cuestionario.⁴³

En Venezuela, Cristopher Figuera; busca crear una estrategia que permita el establecimiento de normas, que admitan convenientemente la investigación, manejo y uso de los organismos genéticamente modificados

En función de estos objetivos se propone el diseño de un cuestionario, los ítems se laboran con base en la concepción teórica. El instrumento se diseña con las características de la escala de Likert, La validez del instrumento se busca en validez del contenido y la validez de constructo.

La validez de contenido establece la relación del instrumento con las variables que pretende medir y, la validez de constructo relaciona los ítems del cuestionario aplicado; con los basamentos teóricos y los Objetivos de la investigación para que exista consistencia y coherencia técnica. Ese proceso de validación se vincula a las variables entre si y la hipótesis de la investigación.

Determinar la validez del instrumentos implicó someterlo a la evaluación de un panel de expertos, antes de la aplicación para que hicieran los aportes necesarios a la investigación y, se verificará si la construcción y el contenido del instrumento, se ajusta a la construcción y el contenido del instrumento, se ajusta al estudio planteado y para tal efecto, se hizo revisa el cuestionario por un panel de experto.

La validez de constructo del instrumento queda reforzada por la inclusión del mapa de variables que establece la conexión de cada ítem del cuestionario con el soporte teórico que le corresponde.

El criterio de confiabilidad del instrumento, se determina en la presenta investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, desarrollado por J.L. Cronbach, requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno. Es aplicable a escala de varios posible, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escala cuyos ítems tiene como.

De acuerdo con los resultados obtenido alfa de 92% de confiabilidad. Considerando la escala de valores que determina el rango de 0.9 a 1 un rango de Alta Confiabilidad y el valor de 0.92 obtenido en el cálculo

de la confiabilidad para el Instrumento "propuesta estratégica y uso de OGMs" se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica alta confiabilidad en este instrumento.

Se crea un mecanismo de control y gestión de riesgo por parte del estado Venezolano que garantice la protección de la biodiversidad, establezca dispositivos de bioseguridad y eleve la soberanía y la seguridad agroalimentaria.⁴⁴

Cabrera Arana, Londoño Pimienta y Bello Parías, investigadores de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia Medellín, Colombia; realizaron una investigación, para la validación de un instrumento para medir la calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Esta investigación se realizó durante la ejecución de un Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud. El programa tiene como fin la transformación de los hospitales y de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, para que mejorando la eficiencia y calidad, se de viabilidad técnico-financiera a redes de prestadores y consecuentemente, se liberen recursos que amplíen el aseguramiento en el Sistema, así como implementar un mecanismo de evaluación de la calidad de los servicios de tales redes y de seguimiento a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Debido a la inexistencia en Colombia de un instrumento válido, se utilizó para la metodología los lineamientos propuestos por Sánchez y Echeverri, para valorar escalas de medición en salud, útiles en asuntos de medición compleja y de características difusas, se ejecutó un proceso para validar un instrumento original. El primer paso fue compilar definiciones de calidad en servicios de salud y a través de un grupo de expertos se realizó una síntesis conceptual, el segundo paso fue la creación de una estructura de indicadores, dominios o factores propios a la percepción de la calidad en usuarios de servicios de salud. A través de la identificación en la literatura, de ello se obtuvo un instrumento con 40 reactivos, y se revisó al interior del equipo consultor para "validar" si las preguntas: median lo que se quería, parecía y debían medir (apariencia); incluían los dominios y subdominios de la calidad percibida, funcionaban como otros instrumentos de percepción de calidad (validez de criterio); medían cambios en la realidad (sensibilidad al cambio) y, finalmente, si era en su conjunto un instrumento práctico, amigable, de extensión adecuada,

rápido de aplicar, procesar y conservar en un archivo, para conocer la validez de su utilidad y practicidad.

Posteriormente el instrumento se sometió a una prueba piloto, en tres hospitales para realizar ajustes pertinentes de formato y contenido, se realizó una segunda prueba piloto en doce hospitales, y de ella se realizaron ajustes de estilo y contenido de algunas preguntas para alcanzar su precisión y una vez rediseñado el formato y tamaño de texto del instrumento, se realizó una última prueba en hospitales públicos pero ahora de Bogotá. Y se observó un excelente comportamiento del instrumento en cuanto a la estabilidad de la forma de preguntar, debido a su precisión semántica alcanzada en cada pregunta.

Resultados: un instrumento de tres componentes estructurales: la página de instrucciones, la página de respuestas (escala de Likert) y el instructivo general para la aplicación. Con una estructura de indicadores, dominios y subdominios constituyentes de la percepción de la calidad de servicios de salud. El desarrollo de un listado de reactivos con escala de categorización de respuesta que se analizaron según validez de apariencia, constructo, criterio y utilidad, así como criterios de sensibilidad y practicidad. Revisiones sucesivas y tres rondas de prueba de campo generaron el PECASUSS, acrónimo dado al instrumento por Percepción de la Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud.

Como conclusiones, se obtuvo que los lineamientos orientaran eficazmente la validación del instrumento requerido para medir la calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa.

El monitoreo y la evaluación rigurosa de los servicios de salud en general y, de la calidad de la atención son, hace décadas y por el efecto social, asuntos relevantes dentro de los sistemas de salud. Éstas son acciones particularmente desafiantes por la necesidad irrefutable de encontrar o desarrollar metodologías, técnicas e instrumentos válidos y confiables para medir la calidad e interpretar estas mediciones una vez realizadas. Por esto, métodos, procesos, técnicas e instrumentos de evaluación deben guardar correspondencia con los propósitos globales y con los objetivos específicos por los que son propuestos y aplicados en un momento dado a una institución hospitalaria o a un programa implementado en las instituciones; de ser necesario, el evaluador o el programa deben invertir una cantidad considerable de tiempo y dinero en el desarrollo de los métodos y, particularmente, en el instrumental más

válido, confiable, replicable y práctico posible.⁴⁵

Alonso, Bayarre y Vibal, publicaron un trabajo en una revista cubana cuyo objetivo fue construcción de un instrumento que permita establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad. A partir de una revisión bibliográfica, se establecieron los descriptores para la evaluación de este fenómeno: autoestima, percepción de salud, proyecto de vida, condicionamiento de género y relaciones de pareja. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el método del test-retest y se calculó el coeficiente de confiabilidad r de Pearson. La consistencia interna de la prueba se determinó aplicando el Modelo de Regresión Lineal Múltiple y calculando el coeficiente alfa de Cronbach. Para evaluar la validez de contenido se sometió el instrumento a criterio de expertos. Para determinar la validez de criterio se calculó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman. La validez de constructo se evaluó mediante el método de los grupos extremos, utilizando la Prueba de Comparación de Medias en muestras independientes. La prueba alcanzó una alta confiabilidad por su estabilidad y consistencia interna, y una adecuada validez de contenido, de criterio y de construcción. Se evidenció que el instrumento creado permite establecer un índice de satisfacción personal en la mujer de mediana edad.⁴⁶

Lara Ma., Ponce de León y Ramón de la Fuente, desarrollaron un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer, justificaron para este trabajo que los instrumentos existentes poseen limitaciones en cuanto a su validez de contenido, ya que no reflejan experiencia en nuestros enfermos. Ellos consideran que un instrumento que mida la calidad de vida de los enfermos con cáncer debe ser válido, confiable y práctico, en este trabajo desarrolló un instrumento que evalúa la calidad de vida en pacientes con cáncer. El estudio se dividió en dos partes: 1) la generación de reactivos, que fueron el Criterio de Calidad de Vida (CCV) y Entrevista No Estructurada (ENE), junto con el índice de Calidad de Vida de Spitzer y el índice de Karnofsky, donde el CCV mostró una consistencia interna de (.93 y 2) en la aplicación de reactivos a pacientes; en paralelo se realizó un análisis cualitativo que permitió conocer con más detalle la experiencia de los pacientes. Se mostró la validez de contenido y la consistencia interna del instrumento, la cual se determinó a través una correlación con los índices de Spitzer y Karnofsky y fue evaluada mediante el alfa de Cronbach la validez de constructor y la confiabilidad estaban aún siendo evaluadas.

Justine C, Creel L, Yinger N. realizaron un estudio sobre el panorama de atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad. Para este informe se examinan las diversas definiciones de calidad que se utilizan para evaluar a los servicios de salud reproductiva. Indica que para medir la calidad de este programa, las herramientas utilizadas pueden ser de naturaleza cualitativa o cuantitativa. Y para esta última se requiere un mayor rigor científico con instrumentos de calidad que proporcionen confiabilidad, la forma en cómo se mide juega un papel primordial en la evaluación. Además plantea un enfoque de los elementos que deben de contener los instrumentos para medir las mejoras en la calidad: mejoras en el conocimiento y habilidades de los proveedores de atención, mejoras en la satisfacción de los clientes y mejoras en la capacidad de las instalaciones o en su grado de preparación para ofrecer servicios de calidad y por último, en caso de ser necesario entender por qué los clientes no utilizan los servicios.⁴⁷

Un estudio realizado por la Dra. Lugo Alonso y colaboradores, aborda la calidad de vida y sus instrumentos de medición. Como una herramienta en oncología, estos investigadores, no sólo consideran el punto de vista teórico, sino investigativo. Con la finalidad de hacer un llamado a los oncólogos sobre este concepto y sus instrumentos de medición, que les permita ampliar el pensamiento médico-científico y obtener conocimientos profundos en las evaluaciones clínico-terapéuticas en oncología.

En la década de los 80 se comenzaron a ampliar los alcances de los parámetros de evaluación empleados en la investigación de los servicios clínicos y de salud; más allá de los indicadores tradicionales del éxito terapéutico, tales como supervivencia prolongada y control de los síntomas clínicos. Particularmente en el terreno de la enfermedad crónica se ha aducido que la evaluación de tecnologías médicas requiere la atención de la salud funcional, psicológica y social del individuo. Esta tendencia es quizás más evidente en el campo de la oncología que en cualquier otro. Aunque la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global siguen en el centro del interés en la investigación clínica del cáncer, han surgido consideraciones sobre la calidad de vida (CV) como componente legítimo del proceso de evaluación.

Para algunos oncólogos evaluar la CV es importante, pero su propósito debe estar muy claro para ellos. Después de una considerable inversión en el desarrollo de instrumentos

confiables y válidos para la medición de la CV se ha generado un creciente número de herramientas de trabajo que debe convencer, incluso a los escépticos, del valor de estos datos en la toma de decisiones médicas. La evaluación de la CV avanza rápidamente en la evaluación del impacto del tratamiento en los resultados; tanto en el ensayo clínico como en la práctica médica diaria.

Para la investigación se revisan artículos publicados en diferentes revistas científicas entre los años 1980 y 1995; éstos se refieren en general a los instrumentos de medición de la calidad de vida, de la forma general en la Salud, y otros más específicos en el campo de la oncología. Sólo se incluyeron aquéllos que aportaron datos útiles y vigentes, para la aclaración del concepto de CV y sus instrumentos de medición.

Como resultado general se encontró que: aunque se han centrado en la relevancia clínica de las mediciones, se ha prestado atención mínima a los fundamentos conceptuales de la CV o las bases teóricas para las mediciones particulares. Además, casi todos desarrollan y modifican las mediciones sin comprobar formalmente la confiabilidad y la validez de las puntuaciones resultantes y numerosas mediciones de CV han sido desarrolladas aisladamente y son raros los intentos de compararlas y contrastarlas.

Se concluye que a pesar de todo lo dicho, la CV, no es comúnmente utilizada en la evaluación de las acciones de salud. Hasta el momento, no está bien definido su concepto y se carece de información suficiente tanto en relación a como evaluarla y a su validez como indicador en este contexto.

A pesar del gran conjunto de instrumentos desarrollados para evaluar la CV se observa la ausencia de una herramienta que mida o evalúe este aspecto en toda su complejidad. En su mayoría, estos índices tienden a la evaluación clínico-terapéutica y psicológica para estudios puntuales en determinados períodos de la enfermedad. No obstante, la profundización en el estudio de la calidad de vida abre grandes perspectivas de investigación para aquellos científicos interesados en perfeccionar indicadores útiles en la evaluación de las intervenciones médicas.⁴⁸

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Estado actual de los procesos de acreditación

en el estado de Veracruz

Como estrategia para garantizar la calidad de los servicios de salud otorgados por el SPSS es requisito; la *acreditación* para los establecimientos de primer nivel de atención médica, que deseen incorporarse al sistema.

Los procesos de evaluación para dictaminar la acreditación de los establecimientos de primer nivel de atención médica, en el estado de Veracruz, iniciaron en el año 2004, de tal manera que para finales del 2005 fueron dictaminados como acreditados 58 establecimientos, número que aumentó a 83 para el año 2006, y a 203 a julio del 2008.

Es compromiso de los SESVER, que para el año 2010, el total de los establecimientos de primer nivel de atención médica con los que cuenta (740); sean incorporados al SPSS. Para llevar a cabo la evaluación que dictamina la acreditación de un establecimiento, se hace uso de un instrumento de medición, llamado cédula de acreditación, su aplicación será determinante para definir si un establecimiento, cumple con los criterios mínimos indispensables de calidad, y con base en ello determinar si es acreditada o no ⁴⁹

2.2 Justificación del problema

Una de las metas establecidas en Programa Nacional de Salud 2007-2012, es lograr para el 2012, un sistema de salud universal, al que todos los mexicanos tengan acceso de manera equitativa a los servicios de salud. En este sentido se crea el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que pretende integrar establecimientos de atención médica para la prestación de servicios de salud, para su ingreso a este sistema se hace obligatoria la acreditación, proceso por el cual se intenta que los establecimientos que ingresen garanticen servicios de salud de calidad. Este proceso se basa en la evaluación de tres dimensiones: capacidad, seguridad y calidad, que surgen a partir de un modelo teórico de evaluación de la calidad en la atención médica; cuyos componentes son: estructura, procesos y resultado.

Dicho proceso de evaluación es realizado a través de un instrumento de medición, llamado cédula de acreditación, creado por la DGCEs. La acreditación es un proceso de evaluación de la calidad de los servicios de salud, prácticamente nuevo, por tal motivo el hecho de que exista este instrumento de medición de la calidad, no implica una evaluación acertada de los servicios,

los instrumentos de medición requieren de una serie de pasos para que sean válidos y confiables. Sin embargo, del instrumento que se utiliza actualmente para esta medición, se desconocen los procedimientos que se hayan efectuado para garantizar la validez y confiabilidad del mismo; el análisis de dicho instrumento evidenció que presenta problemas técnicos posiblemente derivados de un desarrollo poco apegado a la metodología de construcción de instrumentos de evaluación

Para iniciar un proceso de acreditación una vez seleccionados los establecimientos a evaluar, es responsabilidad del mismo personal operativo realizar una autoevaluación a través del instrumento oficial (cédula de acreditación), para identificar las áreas de cumplimiento y no cumplimiento, y en caso de no cumplimiento, realizar estrategias de mejora. Es responsabilidad de los coordinadores estatales de aplicar la evaluación con el mismo instrumento de medición.

Sin embargo, es importante mencionar, que al llevarse a cabo éstas evaluaciones, se detectan diferencias en los resultados de la evaluación, y esto se debe a que al momento de la aplicación del instrumento se detectan vacíos en su estructura, que hacen difícil la comprensión de lo que en realidad se desea medir y cómo se va a medir, de tal manera que el evaluador incluye criterios propios en la aplicación de este instrumento, causando un sesgo en los resultados obtenidos.^j

El desarrollo de las definiciones operacionales para cada indicador, que contribuya a registrar datos observables, que representen verdaderamente los conceptos y las variables que se desean medir, contribuye a un instrumento con validez, y evitaría los sesgos, entre diferentes evaluadores, ya que disminuiría la introducción de criterios subjetivos, que obedecen, a la nula definición de los criterios de evaluación contenidos en la cédula.

Un instrumento con validez y confiabilidad, interviene de manera más certera y orienta a acciones de mejora. Además, los resultados serán más predecibles y exactos.

2.3 Pregunta de investigación

¿Es posible construir instrumentos con validez y

^j Observación directa.

confiabilidad conocidas que contribuya a mejorar la evaluación para el proceso de acreditación de establecimientos de primer nivel de atención médica?

¿Al reunir los requisitos de validez y confiabilidad en los instrumentos de evaluación se logra discriminar realmente a los establecimientos de primer nivel de atención médica, que no cumplan con los criterios mínimos establecidos para un servicio de salud con calidad?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Construir instrumentos de evaluación válidos y confiables que contribuyan a la mejora de los procesos de evaluación para la acreditación de establecimientos de primer nivel de atención médica en los Servicios de Salud de Veracruz.

3.2 Objetivos específicos

Elaborar y construir un instrumento (tipo guía de observación) que mida el cumplimiento de las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad, para la acreditación.

Elaborar y construir un instrumento (tipo lista de cotejo) que mida el cumplimiento de las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad, para la acreditación.

Determinar la validez de criterio de los instrumentos propuestos.

Determinar la validez de contenido de los instrumentos propuestos.

Determinar la validez de constructo de los instrumentos propuestos.

Determinar la confiabilidad de los instrumentos propuestos.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación, se realizarán las siguientes pruebas de validez: validez de constructo, a través de una matriz de congruencia se explorará que tanto la medición refleja la naturaleza del concepto o "constructo" que se pretende medir, además se aplicará una prueba de validez de criterio y evaluar la

especificidad del instrumento; validez de contenido, a través de la selección de un grupo de expertos que se encargarán, de identificar si el instrumento representa el universo o la totalidad de los contenidos del fenómeno que se pretende medir. Las pruebas a realizar de confiabilidad serán de capacidad discriminativa ó grupos de extremos y la prueba de test-retest, para identificar la estabilidad del instrumento.

4.1 Paradigma de investigación

En el enfoque cuantitativo o positivista, a las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, se exige validez y confiabilidad, a fin de garantizar la objetividad de la información obtenida. Para su análisis e interpretación, los datos se transforman en unidades numéricas que permite, a su vez, realizar mediciones y predicciones más exactas. Se aplican fundamentalmente análisis estadísticos que argumentan matemática y objetivamente los resultados. Por tal motivo su rigurosidad en la investigación, exige criterios de validez, confiabilidad, y objetividad, factores esenciales en la investigación a la vez, que determina su calidad.

Para lograr esto se propone la construcción de instrumentos válidos y confiables, desarrollados a partir de un instrumento ya existente en la evaluación de la calidad de los servicios de salud para determinar el dictamen de acreditación; cédula de acreditación.

4.2 Tipo de estudio y diseño:

Para esta investigación se eligió con base en los objetivos un diseño observacional ya que no habrá intervención por parte del investigador, descriptivo, ya que corresponde a un enfoque cuantitativo el cual, busca diseñar, establecer y medir las propiedades de los instrumentos, como son la validez y confiabilidad. De tal manera que al ser descriptivo tiene como objetivo la especificación de las propiedades de los objetos, sujetos o cualquier otro fenómeno en estudio que sea sometido a análisis. Estos estudios se encargan de medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar, al mismo tiempo que se construyen dos instrumentos validados para evaluar los servicios de primer nivel de atención médica.

El diseño es transversal, ya que se recolectarán los datos en un sólo momento, en una medición única y tiempo único, para describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

4.3 Universo y muestra

Para la investigación se consideró como universo a los establecimientos de primer nivel de atención médica de los Servicios de Salud de Veracruz, el tipo de muestreo es; no probabilístico, se tomará una muestra de conveniencia ó muestreo intencional⁵⁰ donde la unidad de análisis son los establecimientos de primer nivel de atención médica, ya que el propósito no es proporcionar estimaciones de punto y/o intervalo de variables, sino verificar las propiedades de los instrumentos de medición propuestos y explorar las relaciones entre las dimensiones de calidad. Se seleccionaron ocho elementos muestrales del universo bajo el estricto juicio de expertos, ya que ellos tiene previo conocimiento de los elementos, de tal manera que el muestreo sea representativo de grupos extremos, es decir cuatro establecimientos de primer nivel de atención médica, con características óptimas de capacidad, seguridad y calidad y cuatro establecimiento con las mayores dificultades en éstas dimensiones.

Los establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para realizar las pruebas de validez y confiabilidad de los instrumentos fueron:

Tabla.1. Establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para realizar las pruebas de validez y confiabilidad.

Establecimientos de 1er. nivel de atención médica	Jurisdicción Sanitaria	Características sobre su capacidad, seguridad y calidad
Grupo A		
El Conejo	V	Con dificultades
Los Pescados	V	Con dificultades
La Joya	V	Con dificultades
Acajete	V	Con dificultades
Grupo B		
Ejido 1º. de Mayo	VIII	Óptimas
Jamapa	VIII	Óptimas
La Antigua	VIII	Óptimas
Vargas	VIII	Óptimas

Fuente: Selección de grupo de expertos de los SESVER.

La tabla anterior contiene los establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para realizar en ellos las pruebas de validez y confiabilidad. En la segunda columna señala a que Jurisdicción Sanitaria pertenece cada establecimiento, y en la tercera columna indica las condiciones del establecimiento con respecto a su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación.

4.4 Definición operacional de las variables

Previo a la construcción de los instrumentos se definió operacionalmente la variable principal de esta investigación es "acreditación", como se ha mencionado anteriormente, tiene como fin garantizar servicios de salud de calidad. De la variable acreditación se desprenden tres dimensiones: capacidad, seguridad y calidad, éstas a su vez se subdividen en áreas que componen los establecimientos de primer nivel de atención médica para su evaluación.

Para evaluar la capacidad de un establecimiento de primer nivel de atención médica se califican doce áreas físicas del establecimiento las cuales son: Medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar, referencia y contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos. La dimensión de seguridad se evalúa en las siguientes áreas: Medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio, imagenología.

Es importante mencionar que no todos los establecimientos de primer nivel de atención cuentan con las doce áreas anteriormente mencionadas, tal es el caso de las áreas de imagenología y laboratorio, pues de los establecimientos de primer nivel de atención médica de los SESVER sólo cuatro cuentan con imagenología y tres con laboratorio. En este sentido sí el establecimiento no cuenta con alguna de las áreas a evaluar, se omite la evaluación del área. Cuando la unidad no cuenta con algunos de los servicios a evaluar, se explora la capacidad resolutoria a través de la existencia del sistema de referencia y contrarreferencia del servicio tal es el caso de odontología, radiología, ultrasonografía y laboratorio, verificando en la hoja diaria del médico algún diagnóstico que haya requerido de alguno de estos servicios y que el expediente clínico cuente con el formato de referencia integrado.

La dimensión de calidad, no es evaluada por áreas de atención médica en el establecimiento, como lo es con las dos dimensiones anteriormente descritas, para ésta dimensión son considerados elementos de los procesos de la atención médica que tienen como fin la mejora continua, estos elementos están representados por los siguientes indicadores: Referencia y contrarreferencia, información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención médica efectiva, aval ciudadano, sistema de atención de quejas calidatel, difusión de código ético conductuales.

Los indicadores de cada dimensión, se evaluarán en cada área con el criterio de cumplimiento o no cumplimiento al momento de la visita, cabe aclarar que no todos los indicadores tienen el mismo peso en la evaluación ya que los más importantes son ponderados con una puntuación de 5 y el resto de indicadores se califican con 1 en caso de cumplimiento y para ambos casos se califica con 0 (cero puntos) al no cumplimiento "No cumple".

A continuación se presentan las variables a evaluar. Iniciando por una matriz que contiene la variable acreditación y define como se conforman las dimensiones y sus áreas de evaluación.

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Definición operacional
Acreditación	Resultado de la evaluación realizada en los establecimientos de primer nivel de atención médica, donde las dimensiones de capacidad, seguridad y calidad cumplan cada una con el 85 al 100% de los requerimientos establecidos	Capacidad	Cumplimiento del 85 al 100% de la suma del puntaje total de los indicadores de Medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar, referencia y contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos, infraestructura
		Seguridad	Cumplimiento del 85 al 100% de la suma del puntaje total, de los indicadores de medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio, imagenología, infraestructura
		Calidad	Cumplimiento del 85 al 100% de la suma del puntaje total de los indicadores de: Referencia y contrarreferencia, información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención médica efectiva, aval ciudadano, sistema de atención de quejas calidatel, difusión de código ético conductuales.

Variable	Dimensiones	Áreas de evaluación
Acreditación	Capacidad	Medicina preventiva, curaciones, consulta externa, planificación familiar, referencia y contrarreferencia, odontología, rehabilitación, laboratorio, imagenología, botiquín y farmacia, recursos humanos, infraestructura
	Seguridad	Medicina preventiva, consulta externa, odontología, laboratorio, imagenología, infraestructura
	Calidad	Referencia y contrarreferencia, información básica para la calidad, resultados de trato digno y atención médica efectiva, aval ciudadano, sistema de atención de quejas calidatel, difusión de código ético conductuales.

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Medicina Preventiva				
Química seca. Glucómetro en buenas condiciones.	Verificar: 1. Existencia y funcionamiento de glucómetro. 2. En su caso: dotación de baterías o glucómetro de repuesto.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Tiras reactivas suficientes.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia según demanda y vigencia (fecha de caducidad) de las tiras reactivas. 2. Sistema de abasto de tiras, lancetas, torundas y alcohol. 3. El 0% de diferimiento en la realización a pacientes diabéticos en control y en detecciones por factores de riesgo,		Observación, formato F5	Guía de observación Lista de cotejo
Se entrega la Cartilla Nacional de Salud a cada asegurado.	Verificar existencia, sistema de abasto y evidencias documentales de su control.		Listado de cartilla, formato CC4	Guía de observación Lista de cotejo
Vacunación				

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Refrigerador de 10 a 17 pies cúbicos (una sola puerta, no frigo bar).	Verificar: 1. Que exista al menos uno funcional por unidad. 2. Que no se guarden sustancias ajenas a su función. 3. Que el biológico se encuentre dentro del refrigerador en el lugar correspondiente de acuerdo con la norma, primer estante, virales y BCG; segundo estante DPT, TD, Pentavalente, Antirrábica humana, con membretes que contengan el tipo de vacuna, lote y caducidad. 4. Que el registro de control de temperatura se encuentre actualizado (al día). 5. Que exista bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 6. Que no se encuentren objetos sobre el mismo.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato de registro de curva de temperatura, bitácora de mantenimiento	Guía de observación. Lista de cotejo
Termos 9 L. (no de unice).	Verificar que estén en buen estado, se tengan al menos tres: uno para el establecimiento, uno para puesto y uno para comunidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Termómetro que mide la temperatura interior con lectura externa y graficado de ésta.	Verificar: 1. Registros de curva térmica en las gráficas, el análisis y acciones en caso necesario. 2. Registros en fin de semana.		Observación, registro de curva térmica	Guía de observación Lista de cotejo
Charola perforada.	Verificar existencia de charolas por refrigerador (de 2 a 4).		Observación	Guía de observación
Termómetro de vástago.	Verificar: 1. Existencia de uno por termo y que funcionen. 2. Que la temperatura en el termo no sea mayor de 8°C. 3. Registros de calibración semanal.		Observación, bitácora de registros de calibración	Guía de observación Lista de cotejo
Vaso contenedor.	Verificar existencia de dos vasos por cada termo.		Observación	Guía de observación
Censo nominal.	Verificar existencia y vigencia (actualizada al mes previo) de comunidades sede y de influencia.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Censo nominal	Lista de cotejo
Manual de procedimientos técnicos de vacunación universal o Manual para el vacunador o equivalente.	Verificar: 1. Existencia del documento en el área de la última edición. 2. Confirmar conocimiento de su existencia por el personal del área.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Entrevista
Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. (Dirección General de Epidemiología).	Verificar: 1. En registros (SIS, tarjetas de control del niño sano en una muestra del trimestre previo). 2. Cruzar información con la Hoja diaria de consulta y tarjetero. 3. En el expediente registros del seguimiento de Línea de Vida.		Tarjetas de control, expediente clínico y línea de vida	Lista de cotejo

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Programa de capacitación y detección de tabaquismo, alcoholismo, trastornos por déficit de atención. Atención médico psicológica de la violencia familiar y sexual en la población usuaria,	Verificar: 1. Registros documentales de la capacitación a la población. 2. Unidades de referencia. 3. Aplicación de cuestionarios Audit. Para detectar trastornos de consumo de alcohol. Cuestionario Fagerstrom para identificar dependencia a la nicotina (página 89-90 Manual para la prevención y promoción de la salud durante la Línea de Vida). Cuestionario Connors para detección de problemas de atención o conducta para maestros y padres de familia (incluidas en la Carpeta de contenidos educativos y auxiliares didácticos del paquete de servicios de salud para escolares).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Registros de capacitación con sus cuestionarios correspondientes	Lista de cotejo

Inyecciones, curaciones y suturas				
Equipo de curaciones, charola, pinza de traslado y portagujas.	Verificar: 1. Existencia de un equipo por cada dos núcleos básicos. 2. Buenas condiciones del instrumental: sin oxidación, buena apertura, cierre y corte aceptable.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Suturas (catgut, seda y nylon de dos ceros a tres ceros).	Verificar: 1. Existencia de mínimo tres sobres de cada sutura. 2. Confirmar sistema de abasto a solicitud en el último pedido mensual surtido. 3. Revisar hoja de atención diaria y nota del expediente del usuario que dé soporte al consumo, si lo hubo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formatos CCRS, hoja diaria y expediente clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Antisépticos locales.	Verificar: 1. Existencia de: jabón, agua estéril, yodopovidona y alcohol. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido. 3. Fecha de caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína al 2% simple.	Verificar: 1. Existencia de un frasco en el área. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido. 3. Rótulo de fecha de la apertura del medicamento del que se encuentre en uso (no mayor de 30 días). 4. Verificar fecha de caducidad.		Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo
Jeringas de 3, 5 y 10 ml. con aguja.	1. Verificar existencia. 2. Confirmar sistema de abasto con último pedido mensual surtido 3. Verificar fecha de caducidad.		Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo

Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (R.P.B.I.).	1. Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. 2. Uso y separación de los RPBI de acuerdo con la normatividad. 3. Señalización y circulación de contenedores.	5 puntos si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Hidratación oral				
Sobres de Vida Suero Oral (VSO), agua potable, mesa, jarra, taza y cucharas (excepto aluminio).	Verificar: 1. Existencia, fecha de caducidad, integridad de los sobres y sistema de abasto con último pedido surtido. 2. Existencia de promocionales al respecto en sitio visible o en el área.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCRS	Guía de observación Lista de cotejo
Medicina preventiva				
Equipo y mobiliario del consultorio en buenas condiciones en cada uno	Verificar condiciones de: pintura, sin zonas de oxidación o deterioro, funcionalidad y bitácora de mantenimiento de: lámpara de chicote y negatoscopio.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y bitácora de mantenimiento	Guía de observación Lista de cotejo
Lavabo, jabón (líquido, gel o pastilla), toallas desechables.	Verificar existencia y funcionamiento y por muestreo, verificar que el personal se lava las manos antes y después de tocar a un paciente.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio y otoscopio en cada consultorio.	Verificar: existencia, suficiencia y buenas condiciones; funcionalidad; dotación de baterías y foco, y registro de su uso en expediente clínico que se requiere.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y expediente clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Termómetros rectales y orales o digitales, básculas con estadímetro y pesa-bebé en área de consultorios (somatometría).	Verificar existencia: dos termómetros de cada uno, buenas condiciones del equipo y funcionalidad.		Observación	Guía de observación
Consulta externa				
Estetoscopio biauricular	Verificar existencia y condiciones en cada consultorio		Observación	Guía de observación
Cinta métrica en cada consultorio.	Verificar: 1. Existencia y buenas condiciones. 2. Registros en el expediente de la medición del fondo uterino en embarazadas y somatometría en todos los pacientes.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, expedientes clínicos	Guía de observación Lista de cotejo

Estetoscopio de Pinard, o fono detector portátil de latidos fetales.	Verificar: 1. Existencia y condiciones. 2. Registros en el expediente de la frecuencia cardiaca fetal en las embarazadas	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos	Guía de observación Lista de cotejo
Mesa de exploración en cada consultorio, con piñeras.	Verificar existencia y buenas condiciones. Funcional	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Abatelenguas en cada consultorio.	Verificar existencia y abasto.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Registros de la utilización de los programas preventivos de tuberculosis. 2. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para BAAR. 3. Servicio de imagenología para radiología simple de tórax.	Verificar: 1. Registros de atenciones por este motivo a PASP en SIS, o en hoja diaria del médico, por muestreo del último trimestre, en 10 expedientes clínicos documentales o electrónicos o en cinco carpetas familiares seleccionados al azar. 2. Todo paciente debe estar con administración de Tratamiento Ambulatorio Estrictamente Supervisado (TAES). 3. Registros de baciloscopia por fecha y resultado durante los seis meses de administración del TAES.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control y, expedientes clínicos, registros de baciloscopías	Lista de cotejo
Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en niñas, niños y adolescentes.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la Línea de Vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos	Guía de observación Lista de cotejo

Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en hombres.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos, manual de línea de vida, rotafolio y constancia de capacitación	Guía de observación Lista de cotejo
Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en mujeres.	Verificar: 1. En los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y prescripción de ácido fólico. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 4. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos, manual de línea de vida, rotafolio y constancia de capacitación	Guía de observación Lista de cotejo
Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida en el adulto mayor.	Verificar: 1. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 2. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida. 3. El personal de salud deberá contar con una constancia de capacitación de mínimo 8 hrs. para operar la estrategia de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Expedientes clínicos, manual de línea de vida, rotafolio y constancia de capacitación	Guía de observación Lista de cotejo

Registros en el expediente de la utilización de los programas preventivos de la línea de vida, para mujeres y hombres mayores de 40 años de edad (cada 3 años).	Verificar: 1. En SIS o en hoja diaria del médico por muestreo, en los 10 expedientes clínicos o 5 carpetas familiares o en tarjetas de control o en dos expedientes de cada programa (control prenatal, diabetes, hipertensión, tuberculosis, lepra, infecciones de transmisión sexual, diagnóstico oportuno de cáncer cérvico uterino y de mama), hipertrofia de próstata, seleccionados al azar y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida. 2. Existencia del Manual para la prevención y promoción de la salud durante la línea de vida. 3. Rotafolio de acciones para la línea de vida y Cartel para la población sobre línea de vida	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Hoja diaria, expediente clínico, Tarjetas de control	Guía de observación Lista de cotejo
Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. (Dirección General de Epidemiología). DETECCIÓN oportuna de los trastornos de la conducta alimentaria. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de la desnutrición y obesidad en niños y adolescentes	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico por muestreo, en 10 expedientes clínicos o 5 carpetas familiares y en las tarjetas de control correspondiente, la congruencia y apego a la NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico, tarjetas de control	Lista de cotejo
Registros de prevención, detección y tratamiento de enfermedades exantemáticas (sarampión, varicela y rubéola).	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados, reporte epidemiológico y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, SUIVE y cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Solicitud de biometría hemática en niños y adolescentes	Verificar que los resultados de laboratorio se encuentren integrados en el expediente clínico, comentados e interpretados en la nota médica	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expedientes clínicos y reporte epidemiológico	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de esofagitis por reflujo, gastritis, úlcera péptica, colitis no infecciosa, síndrome de colon irritable Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de parasitosis intestinal, diarrea aguda, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, gastroenteritis infecciosa. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de celulitis, dermatitis, acné, micosis superficiales, onicomicosis y verrugas vulgares. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de escabiasis, pediculosis y pitiriasis. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en tarjetas de control o en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de conjuntivitis. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de dengue clásico. Registros de la enfermedad. (en zonas endémicas)	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de herpes zoster. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de amigdalitis, faringitis, laringitis, traqueitis, otitis media aguda, no supurativa y supurativa, rinofaringitis aguda, sinusitis aguda. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de cistitis, uretritis y síndrome uretral, pielonefritis. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de vulvitis y vaginitis agudas, subagudas y crónicas. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de infecciones de transmisión sexual. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para el diagnóstico de las infecciones e infestaciones de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, candidiasis, clamidiasis y tricomoniasis).	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados el diagnóstico y tratamiento y buscar solicitud o resultados de laboratorio y registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria y expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus tipo 2. Servicio de Laboratorio de análisis clínicos propio o de referencia para el control de glucemia, triglicéridos y hemoglobina glucosilada	Verificar en los expedientes clínicos y tarjetas de control, en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad, estudios de laboratorio y registro de la referencia en su caso.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjeta de control, expediente clínico, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO farmacológico (ambulatorio) de diabetes mellitus tipo 1. Servicio de Laboratorio de análisis clínicos propio o de referencia para el control de glucemia, triglicéridos y hemoglobina glucosilada	Verificar en los expedientes clínicos, tarjetas de control, en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjeta de control, expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO del hipertiroidismo. Servicio de Laboratorio de análisis clínicos para la determinación de T3, T4 y TSH.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico, referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO del hipotiroidismo congénito y del hipotiroidismo en adultos. Servicio de Laboratorio de referencia para comprobar la sospecha originada en el tamizaje y levotiroxina en farmacia.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico, hoja diaria, referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento farmacológico (ambulatorio) de hipertensión arterial. Registros de la enfermedad.	Verificar en los expedientes clínicos, tarjetas de control, en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control, cuestionarios de línea de vida, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de gota Servicio de Laboratorio de análisis clínicos, propio o de referencia para el control de ácido úrico.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento.		Expedientes clínicos, SIS, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de anemia ferropírica Servicio de Laboratorio propio o de referencia para el control de citología hemática.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento		Expedientes clínicos hoja diaria, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de artritis reumatoide, osteoartritis, lumbalgia, osteoporosis Servicio de Laboratorio propio o de referencia y los medicamentos.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.		Hoja diaria, expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de rinitis alérgica, del asma en niños y adultos. Servicio de Imagenología propio o de referencia para rayos X simples.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente)	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo

Diagnóstico y tratamiento farmacológico de epilepsia Servicio de Electroencefalografía de referencia y referencia al segundo nivel.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia. Servicio de Laboratorio propio o de referencia para examen de sangre.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente) y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de la dislipidemia. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de depresión y de psicosis (incluye esquizofrenia). Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia

Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística. Registros de la enfermedad. Servicio de Imagenología propio o de referencia para mastografía y ultrasonido	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de dismenorrea primaria. Servicio de Imagenología para urografía excretora y ultrasonografía. Registros de dismenorrea primaria	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Atención del climaterio y menopausia. Registros de la enfermedad.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la solicitud o Referencia Contrarreferencia (resultado o formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Examen y prueba de embarazo. Tiras reactivas para determinación de infección de vías urinarias y albuminuria.	Verificar en los expedientes clínicos, tarjetas de control o en las carpetas familiares seleccionados y buscar registro de cuestionarios de la línea de vida y el tratamiento de acuerdo a la normatividad	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia, cuestionarios de línea de vida	Lista de cotejo
Servicio de Ultrasonografía, propio o de referencia, para realizarla en las semanas 24 y 30 del embarazo.	Verificar en los expedientes clínicos o en las carpetas familiares seleccionados y el tratamiento de acuerdo a la normatividad.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Identificación de factores de riesgo que influyen en la atención del embarazo y en el puerperio y sus complicaciones.	Verificar en el expediente clínico la identificación y análisis de factores de riesgo en la atención del embarazo y en el puerperio y sus complicaciones.		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Área para atención de parto, equipo e instrumental para atención de parto.	Verificar existencia y funcionamiento o en su caso existencia del establecimiento de referencia.		Observación	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de mordeduras de serpiente Suero antiviperino (en zonas endémicas).	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Diagnóstico y tratamiento del alacranismo. Suero antialacrán (en zonas endémicas).	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de picaduras de abeja, arañas y otros artrópodos. Área de curaciones. Antihistamínicos, vasodilatadores	. Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Manejo de urgencias de quemaduras de primer grado. Área de curaciones.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y suturas) Área de curaciones.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Registros de manejo de mordeduras y prevención de rabia en humanos.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar notificación epidemiológica, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Jabón y material de curación.	Verificar existencia y sistema de abasto.		Observación	Lista de cotejo
Inmunoglobulina humana antirrábica. Vacuna antirrábica humana.	Verificar: 1. Existencia y sistema de abasto. 2. Sistema de referencia y contrarreferencia.		observación formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Diagnóstico y tratamiento de bronquitis, bronquiolitis, neumonía de adquisición comunitaria en niños y en adultos. Servicio de rayos X propio o de referencia.	Verificar en SIS o en hoja diaria del médico o por muestreo en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados y buscar registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).		Hoja diaria, expedientes clínicos, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Planificación familiar				
Formatos de reporte y referencia.	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en tarjetas de control o en los expedientes clínicos.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Tarjetas de control, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Preservativos.	Verificar existencia, sistema de abasto y fechas de caducidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
DIU, mesa ginecológica, espejos vaginales, lámpara de chicote o equivalente, para la aplicación de dispositivos intrauterinos.	Verificar: 1. Mesa ginecológica en buen estado con pierneras funcionales. 2. Lámpara de chicote o equivalente funcional. 3. Espejos vaginales tres de cada tamaño y cinco del tamaño más usado. 4. Biombo o cortina para privacidad. 5. Antisépticos, jalea lubricante y guantes desechables. 6. Dispositivos intrauterinos. 7. Pinza de anillos.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Métodos permanentes: salpingoclasia y vasectomía.	Verificar existencia del establecimiento de referencia, expediente clínico y tarjetas de control.		Mapa de referencia, expediente clínico, tarjeta de control	Guía de observación Lista de cotejo
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO de displasia cervical leve y moderada Oportunidad de resultados. (NIC-I y NIC-II).	Verificar: 1. Sistema de registro y control, informe de resultados que no sobrepase los 60 días naturales a partir de la toma de la citología.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Estudio epidemiológico y expediente clínico	Lista de cotejo
Seguimiento de casos positivos a NIC o en caso de positividad a enfermedades de transmisión sexual.	Verificar sistema de registro y control.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Listado de displasias Tarjetas de control	Lista de cotejo
Clínica de colposcopia de referencia.	1. Demostrar documentalmente que exista el establecimiento de referencia. 2. Sistema RC establecido.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Expediente clínico y referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Referencia y contrarreferencia.				
Se cuenta con lineamientos centrales y/o estatales para la referencia y contrarreferencia de pacientes.	Verificar: 1. Existencia del documento. 2. Sistema de registro y control. 3. Uso del documento de reporte oficial. 4. Responsable del programa. 5. Existencia de Directorio actualizado. 6. Verificar el control.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, directorio de referencia actualizado, listado de referencia y contrarreferencia	Guía de observación Lista de cotejo
Odontología				
Servicio odontológico de referencia.	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo

Unidad dental en buenas condiciones y buenas condiciones de la compresora.	Verificar: 1. Buen estado y funcionamiento. 2. Bitácora de mantenimiento del equipo. 3. Ubicación externa con cubierta y purga de la compresora.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, bitácora de mantenimiento	Guía de observación Lista de cotejo
Equipo de rayos X dental en buenas condiciones.	Verificar: 1. Estado, funcionamiento y bitácora de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Sistema de referencia.		Observación, bitácora de mantenimiento, hoja diaria y expediente clínico.	Guía de observación Lista de cotejo
Placas radiográficas periapicales para adulto e infantiles, ganchos, caja y líquidos para revelar.	Verificar existencia, suficiencia y caducidad.		Observación	Guía de observación
Lidocaína-epinefrina solución inyectable al 2%. 36 mg / 0.018 mg / 1.8 ml (cartuchos dentales). Clave 267.	1. Verificar: existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación.		Observación, formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Actividades preventivas a mujeres embarazadas.	Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control.		Tarjetas de control, SIS y expedientes clínicos	Lista de cotejo
Sellador de fosetas y fisuras. Aplicación tópica de flúor en entidades y áreas geográficas sin fluorosis.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y caducidad. 2. Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de tres expedientes.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, hoja diaria y expedientes clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Eliminación de focos de infección, abscesos y restos radiculares, extracción de piezas dentarias.	Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento.		Hoja diaria, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Obturación de cavidades con amalgama o resina.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y caducidad de material. 2. Registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento.	Observación SIS y expedientes clínicos.	Guía de observación Lista de cotejo	
Diagnóstico y tratamiento de pulpitis y necrosis pulpar, absceso maxilar (drenaje); extracción de tercer molar erupcionado.	Verificar registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes o tarjetas de control para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento o verificar la existencia del establecimiento de referencia.	Hoja diaria y expedientes clínicos	Lista de cotejo	
Equipo, instrumental, careta o goggles y material dental en buenas condiciones.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia, caducidad y buen estado del material dental. 2. Funcionamiento. 3. Esterilizador funcional. 4. Bitácora de mantenimiento preventivo (mínimo una vez al año) y correctivo.	Observación, formato CCSR, bitácora de mantenimiento	Guía de observación Lista de cotejo	
Realización de curetaje, odontoxesis.	Registros en SIS o por muestreo al azar de cinco expedientes para comparar el diagnóstico y el plan de tratamiento.	Hoja diaria y expediente clínico	Lista de cotejo	

Estimulación temprana del recién nacido y del prematuro				
Programa de capacitación a la madre.	Verificar: 1.Existencia del manual y material para otorgar capacitación. 2. Registros de madres capacitadas. Sistema de referencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Manual de capacitación y listado de madres capacitadas	Guía de observación Lista de cotejo
Rehabilitación				
Servicio de rehabilitación de referencia.	Demostrar documentalmente: 1. Establecimiento de referencia. 2. El sistema de referencia contrarreferencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Directorio de referencia a rehabilitación, expediente clínico, formato de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Laboratorio propio o de referencia				
Laboratorio de referencia	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expediente clínico	Lista de cotejo
Abasto de insumos para los equipos.	Verificar existencia, suficiencia y sistema de abasto.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Abasto de reactivos oportuno y completo.	Verificar: 1. Existencia, suficiencia y control del abasto. 2. Vigencia de reactivos por muestreo (tres reactivos).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD Interno.	Verificar registros de las evaluaciones, análisis, resultados y acciones emprendidas.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones internas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD Externo.	Verificar: 1. Registros de las evaluaciones, resultados, análisis y acciones emprendidas. 2. Registro de la congruencia de resultados con los controles de calidad externos.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones externas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo

Rayos X				
Equipo de ultrasonografía	Verificar existencia y funcionamiento propio o unidad de referencia.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Placas radiológicas de varios tamaños (de acuerdo con el estudio requerido y el equipo con el que se cuenta).	Verificar: 1.Existencia, suficiencia y sistema de abasto. 2. Que no haya diferimiento de estudios.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, formato CCSR, hoja diaria y expediente clínico	Guía de observación Lista de cotejo
Se cuenta con mandil emplomado para protección de la mujer embarazada.	Verificar existencia, suficiencia y buen estado (condiciones).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Abasto de insumos para los equipos.	Verificar existencia y suficiencia.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación Formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD: Interno.	Verificar registros de las evaluaciones, análisis y acciones emprendidas.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones internas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo
CONTROL DE CALIDAD: Externo.	Verificar: 1. Registros de las evaluaciones, resultado, análisis y acciones emprendidas. 2. Registro de controles de calidad de la congruencia clínico-radiológica.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Documentos de registro de evaluaciones externas, con resultados y acciones emprendidas	Lista de cotejo
Botiquín y farmacia				
Refrigerador para guarda de medicamentos.	Verificar existencia y funcionamiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Lista de cotejo
Ácido acetilsalicílico, tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ácido ascórbico, tabletas 100 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Acido fólico, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ácido fólico, tabletas 0.4 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Albendazol, suspensión oral 400 mg / 20 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Albendazol, tabletas 200 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Alantoína y alquitrán de hulla, suspensión dérmica 20 mg / ml y 9.4 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Alibour polvo, sulfato de Cobre 177 mg/g, sulfato de Zinc 619.5 mg / g, alcanfor 26.5 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Alopurinol, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina, suspensión oral 500 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina, cápsulas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina-ácido clavulánico, suspensión oral 125 mg / 31.5 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Amoxicilina-ácido clavulánico, tabletas 500 mg / 125 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Atropina, solución inyectable 1 mg / ml (en charola de emergencia).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Beclometasona dipropionato de, suspensión en aerosol 10 mg / inhalador con 200 dosis de 50 µg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Benzatina bencilpenicilina, solución inyectable 1,200,000 UI / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bencilpenicilina procáinica-bencilpenicilina cristalina 300,000 UI / 100,000 UI / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bencilpenicilina procáinica-bencilpenicilina cristalina 600,000 UI / 200,000 UI / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Bencilo, emulsión dérmica 300 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Benzoilo, loción o gel dérmico 5 g / 100 ml ó 5 g / 100 g.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bitartrato de cinitaprida, comprimidos 1 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Bitartrato de cinitaprida, solución oral 20 mg / 10 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Butilhioscina, solución inyectable 20 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Butilhioscina, grageas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Captopril, tabletas 25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Carbamazepina, suspensión oral 100 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Carbamazepina, tabletas 200 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Cefalexina, tabletas o cápsulas 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ciprofloxacino, tabletas o cápsulas 250 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Claritromicina, tabletas 250 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Clindamicina, cápsulas 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Clioquinol, crema 30 mg / g.			Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador
Clorfeniramina, jarabe 0.5 mg /ml.	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo		
Clorfenamina, tabletas 4 mg.	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo		

Clorfenamina, solución inyectable 10 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Cloroquina, tabletas 150 mg (zonas endémicas).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Clortalidona, tabletas 50 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Complejo B, cápsulas, comprimidos o tabletas, tiamina 100 mg, piridoxina 5 mg, cianocobalamina 50 µg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Cromoglicato de Sodio, suspensión aerosol 3.6 g / 100 g.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Desogestrel o levonorgestrel y etinilestradiol, grageas 0.15 mg / 0.03 mg	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Diclofenaco, cápsulas o grageas de liberación prolongada 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Dicloxacilina, cápsulas o comprimidos 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Dicloxacilina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Difenidol, solución inyectable 40 mg / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Difenidol, tabletas 25 mg.			Observación y formato CCSR	
Digoxina, tabletas 0.25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Digoxina, elixir 0.05 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Digoxina, solución inyectable 0.5 mg / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Doxiciclina, cápsulas ó tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Electrolitos orales, polvo para solución 27.9 g (glucosa 20 g, KCl 1.5 g, NaCl 3.5 g, citrato trisódico 2.9 g).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Enalapril, lisinopril o ramipril, cápsulas o tabletas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Epinefrina (adrenalina) solución inyectable 1 mg / 1 ml (en charola roja).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Eritromicina, cápsula o tabletas 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Eritromicina, suspensión oral 250 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Espironolactona, tabletas 25 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Faboterápico polivalente antiarácido solución inyectable con liofilizado y diluyente de 5 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Faboterápico polivalente antialacrán, solución inyectable con liofilizado y diluyente de 5 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Faboterápico polivalente antialacrán, solución inyectable con liofilizado y diluyente de 10 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenitoína, tabletas o cápsulas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenitoína, suspensión oral 37.5 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenobarbital, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fenobarbital, elixir 20 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fitomenadiona, solución ó emulsión inyectable 2 mg / 0.2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación		Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Fluoxetina, tabletas o cápsulas 20 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Furosemida, tabletas 40 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Furosemida, solución inyectable 20 mg / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Glibenclamida, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidralazina, tabletas 10 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidralazina, solución inyectable 20 mg / 1 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidrocortisona, solución inyectable 100 mg / 2 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidróxido de Aluminio y Magnesio, tabletas masticables, Al 200 mg, Mg. 200 mg ó 447.3 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Hidróxido de Aluminio y Magnesio, suspensión oral, ALOH 3.7 mg y MgOH 4 g o trisilicato de Mg 8.9 g / 100 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Indometacina, cápsulas. 25 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Insulina humana de acción rápida regular, solución inyectable 100 UI / ml (mínimo 1 frasco).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Insulina humana acción intermedia NPH, solución inyectable 100 UI / ml (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isosorbida dinitrato, tabletas sublinguales 5 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Itraconazol, cápsulas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína, solución inyectable al 1% 500 mg / 50 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína, solución inyectable al 2% 1g / 50 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína, solución al 10% 10 g / 100 ml, con atomizador manual.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína- hidrocortisona, supositorio, 60 mg / 5 Lista de cotejo mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Lidocaína- Lista de cotejo hidrocortisona, ungüento 50 mg / g, 2.5 mg / g.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Mebendazol, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, suspensión inyectable 25 mg/ 5 mg /0.5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Metamizol sódico, solución inyectable 1 g / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metamizol sódico, comprimidos 500 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metoclopramida, tabletas 10 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metoprolol, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metronidazol, óvulos o tabletas vaginales 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metronidazol, suspensión oral 250 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Metronidazol, tabletas 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Miconazol, crema 20 mg / g.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nafazolina, solución oftálmica 1 mg / ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Naproxeno, tabletas 250 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nifedipino, comprimidos de liberación prolongada 30 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nistatina, óvulos ó tabletas vaginales 100000 UI.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nistatina susp., 100 000 UI / ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Nitrofurantoína, suspensión oral 25 mg / 5 ml.			Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador
Nitrofurantoína, cápsulas 100 mg.	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo		
Nitrofurazona, óvulos 6 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Oxido de zinc, pasta 25 g / 100 g.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Paracetamol, solución oral 100 mg / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Paracetamol, supositorios 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Paracetamol, tabletas 500 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Plantago psyllium, polvo 49.7 g / 100 g.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Podofilina, solución dérmica 250 mg / ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Polivitaminas y minerales, tabletas, grageas o cápsulas.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Prednisona, tabletas 5 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
5 Propranolol, tabletas 40 mg.30			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ranitidina, jarabe 150 mg / 10 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Ranitidina, tabletas o grageas 150 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Salbutamol, suspensión en aerosol 20 mg / inhalador con dosis de 100 µg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Senósidos A-B, tabletas 8.6 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Subsalicilato de bismuto, suspensión oral 1.750 g / 100 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Suero antialacrán, solución inyectable y diluyente 5 ml (zona endémica).	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Suero antiviperino, solución inyectable y diluyente 10 ml (zona endémica).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Sulfacetamida, solución oftálmica 0.1 g / ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Teofilina, comprimidos o tableta de liberación prolongada 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Trimetoprima-sulfametoxazol, suspensión oral 40 mg / 200 mg / 5 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Trimetoprima-sulfametoxazol, tabletas o comprimidos 80 mg / 400 mg.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Trinitrato de glicerilo, tabletas masticables 0.8 mg. (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Valproato de magnesio, tableta con cubierta entérica 185.6 mg. (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Valproato de magnesio, solución oral 186 mg / ml. (en presencia de casos).			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Vitamina A, C y D, solución oral.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Medicamentos utilizados en la tuberculosis y tuberculosis multirresistente. (Sólo en caso de tener paciente)				
Estreptomina, solución inyectable 1 g / 2 ml.	Verificar existencia, vigencia, suficiencia, sistema de abasto y estado de conservación	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Etambutol, tabletas 400 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isoniazida, tabletas 100 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isoniazida-etambutol, comprimidos o grageas 100 mg / 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Isoniazida-rifampicina, comprimidos o cápsulas 200 mg / 150 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina, comprimidos o tabletas recubiertas de 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina, suspensión oral 100 mg / 5 ml.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina-isoniazida-pirazinamida, tabs o grageas 150 mg / 75 mg / 400 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina-isoniazida, tabletas recubiertas 300 mg / 400 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo
Rifampicina-isoniazida-pirazinamida-etambutol, comprimidos 150 mg / 75 mg / 400 mg / 300 mg.			Observación y formato CCSR	Guía de observación Lista de cotejo

Recursos humano				
Se cuenta con personal médico capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	1. Verificar, por plantilla o cartas de adscripción, que se cuenta con personal completo.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Plantilla	Lista de cotejo
Se cuenta con personal de enfermería capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	1. Verificar, por plantilla o cartas de adscripción, que se cuenta con personal completo.		Plantilla	Lista de cotejo
Se cuenta con personal de odontología capacitado para garantizar la oferta de servicios de atención médica.	1. Verificar, por registros, que se cuenta con personal.		Plantilla	Lista de cotejo
Central de Equipos y Esterilización (CEyE)				
Equipo de esterilización en buen estado y de acuerdo a las necesidades del establecimiento.	Verificar: 1. Condiciones, que no contenga zonas de oxidación y funcional. 2. Limpieza y estado del cable del enchufe. 3. Bolsas de papel grado médico y cinta testigo. 4. Verificar caducidades	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Pinza de disección sin dientes de 10 ó 12 ó 18 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones.		Observación	Guía de observación
Pinza de Kocher de 1 X 2 dientes 13 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones		Observación	Guía de observación
Pinza hemostática curva de Crille de 16 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones		Observación	Guía de observación
Tijera de Mayo recta 14.5 cm.	Verificar, en el área, existencia y condiciones		Observación	Guía de observación

SEGURIDAD

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Medicina preventiva				
Red de frío.	Verificar que existe soporte eléctrico o programa de emergencia.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Consulta externa				
El personal médico, paramédico y técnico utiliza uniforme y gafete de identificación	Verificar, por muestreo, que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación y que correspondan.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Existencia de NOM-178-SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	Verificar existencia y aplicación de ésta.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo
Tiempo máximo de 30 días para la glosa y consulta en el expediente clínico del resultado del Tamiz Neonatal.	Verificar por muestreo (dos expedientes), que los resultados del Tamiz Neonatal estén integrados, interpretados y <u>comentados</u> en el expediente clínico de los recién nacidos.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador		Lista de cotejo
Mobiliario confortable y en buen estado en área de espera	Verificar existencia y buen estado: estructura, pintura, tapiz en su caso y funcionalidad.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador		Guía de observación
Condiciones generales del área.	Verificar: limpieza de las instalaciones, que no exista humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y paredes, ni fugas de agua, aire o gas; buena iluminación.			Guía de observación
Baños diferenciados por sexo.	Verificar: Existencia y condiciones, sin fugas de agua; bote de campana o de pedal para basura, insumos: jabón (líquido, gel o pastilla), toallas y papel sanitario.			Lista de cotejo

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumento
Odontología				
Personal profesional odontólogo y paramédico capacitado.	Verificar: 1. Plantilla de personal. 2. Que el personal porte uniforme, gafete de identificación y que correspondan.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación y plantilla de personal	Guía de observación Lista de cotejo
NOM-013-SSA2-1999. Para la prevención y control de las enfermedades bucales.	Verificar existencia y aplicación de ésta.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.	1. Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. 2. Uso y separación de RPBI de acuerdo con la normatividad. 3. Señalización y circulación de contenedores.		Observación	Guía de observación
Limpieza del área.	Verificar: 1. Limpieza entre pacientes de: piezas de alta y baja, eyector, escupidera, sillón. 2. Condiciones de aseo. 3. Bitácora de limpieza general del área.		Observación	Guía de observación
Laboratorios				
Regadera.	Verificar existencia, estado y funcionamiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Contactos y apagadores sin cables sueltos.	Verificar existencia, estado y funcionamiento.		Observación	Guía de observación
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.	Verificar: 1.Existencia de contenedores de acuerdo con la normatividad. 2. Uso y separación de contenedores de acuerdo con la normatividad. 3. Señalización y circulación de contenedores.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Revisiones de seguridad del equipo y estructura del laboratorio de manera programada.	Verificar: 1.Existencia de programa y cumplimiento. 2. Bitácora y constancias.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación Lista de cotejo
El personal del servicio cuenta con uniforme y gafete de identificación.	Verificar por muestreo que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación.		Observación	Guía de observación

IMAGENOLÓGÍA				
Servicio de radiología y ultrasonografía de referencia. Requisitos generales	Verificar en hoja diaria del médico o por muestreo, en los expedientes clínicos o carpetas familiares seleccionados al azar, registro de la Referencia Contrarreferencia (formato de referencia integrado al expediente).	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Hoja diaria, expedientes clínicos	Lista de cotejo
Buenas condiciones generales del área y baños.	Verificar: 1. Existencia de insumos: jabón, toallas y papel sanitario. 2. Sin fugas de agua o drenaje. 3. Limpieza e higiene. 4. Bitácora de mantenimiento y limpieza actualizada y firmada por turno y por supervisor o jefe.		Observación	Guía de observación
Control de los Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos.	Verificar su manejo.		Observación	Guía de observación
Contactos y apagadores sin cables sueltos.	Verificar existencia, condiciones y funcionamiento.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Revisiones de seguridad del equipo y estructura de manera programada.	Verificar: 1. Existencia de programa de seguridad. 2. Bitácora y constancias de acciones.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo
El personal del servicio cuenta con uniforme y gafete de identificación.	Verificar por muestreo que los integrantes del personal portan uniforme y gafete de identificación.		Observación	Guía de observación
El personal del servicio cuenta con dosímetro personal.	Verificar: 1. Que los integrantes del personal portan su dosímetro y que éste corresponda al asignado. 2. Registros de entrega y lectura del período previo a esta evaluación.		Observación	Guía de observación Lista de cotejo

CEyE				
Condiciones generales del área.	Verificar limpieza de las instalaciones, que no exista humedad, cuarteaduras, orificios en plafones y en paredes ni fugas de agua, aire o gas	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación
Mantenimiento de equipo y estructura.	Revisar: 1. Bitácora de mantenimiento y/o hojas de servicio. 2. Inclusión en el Programa de Mantenimiento Preventivo.			Lista de cotejo

CALIDAD

Indicador	Elementos del indicador	Valor	Fuente	Instrumentos
Referencia y contrarreferencia				
El 85% de cumplimiento de la contrarreferencia	Revisión documental para analizar su cumplimiento		Listado de referencia y contrarreferencia y expedientes clínicos	Lista de cotejo
El 100 % de cumplimiento de seguimiento.	Revisión documental para analizar su cumplimiento	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Listado de referencia y contrarreferencia y expedientes clínicos	Lista de cotejo
Referencia al 100 % de mujeres embarazadas con identificación de factores de riesgo.	Revisión documental para analizar su cumplimiento		Tarjeteros de control, expediente clínico y listados de referencia y contrarreferencia	Lista de cotejo
Información básica para la calidad Se cuenta con el diagnóstico de salud del área de influencia	Revisar la actualización de los documentos así como verificar documental y operativamente las mejoras planteadas con base en el diagnóstico.		Diagnostico de salud	Lista de cotejo
RESULTADOS de trato digno y atención medica efectiva Evidencias del desarrollo de mejora en tiempos de espera.	Verificar que el resultado del tiempo de espera en consulta externa se reporta en cualquier tipo de sistema igual o menor de treinta minutos en los establecimientos de primer nivel de atención médica.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo
Evidencias del desarrollo de mejora en la satisfacción de usuarios.	Verificar 1 Que el resultado de la satisfacción de los usuarios por el tiempo de espera en consulta externa en cualquier tipo de sistema se reporta igual o mayor del 90% y se da a conocer a la población usuaria y prestadores de servicios. 2 que el resultado de la satisfacción de los usuarios por la información dada por el médico sobre el diagnóstico y el tratamiento en consulta externa se reporta en cualquier tipo de sistema como igual o mayor del 95% y se difunden los resultados a los usuarios y prestadores del establecimiento	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo

AVAL CIUDADANO				
Participación de organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de la sociedad civil, asociaciones civiles, instituciones de asistencia privada, universidades, otras instituciones educativas, grupos y asociados jurídicamente no constituidos, empresas privadas, ciudadanos a título individual, para avalar los resultados del monitoreo de indicadores de trato digno en consulta externa.	Verificar 1.a evidencia de la existencia del Aval Ciudadano mediante la copia del Acta de Instalación.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar evidencias de su participación mediante copias de la aplicación del formato "Guía de Cotejo para el Monitoreo Ciudadano" (F2AC/03).		Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar que las sugerencias de mejora propuestas por el Aval Ciudadano al personal de salud, sean tomadas en cuenta para la elaboración de la Carta Compromiso.		Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar evidencias físicas o documentadas del seguimiento de los compromisos establecidos en la Carta Compromiso.		Observación Carpeta indica	Guía de observación Lista de cotejo

SISTEMA DE ATENCIÓN DE QUEJAS. CALIDATEL.				
El establecimiento cuenta con información sobre el centro de atención telefónica, que proporcione orientación a los beneficiarios, así como quejas y sugerencias.	Verificar evidencias y localización de la información acerca de CALIDATEL y el buzón de quejas.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Carpeta indica	Lista de cotejo
	Verificar el control de quejas.	1 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación, Carpeta indica	Guía de observación Lista de cotejo

Difusión de códigos ético-conductuales				
Se difunde y se hace del conocimiento de los usuarios y prestadores de servicio los diferentes Códigos Ético-Conductuales y beneficios del Sistema de Protección Social en Salud	Verificar existencia documental o física de la aplicación de cualquier técnica de difusión para los usuarios y personal de salud de la Carta de Derechos Generales de los pacientes, la Carta de Derechos de los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, la Carta de los derechos de los Médicos, el Código de Ética para el personal de enfermería, y el Código de Bioética para el personal de salud (Audiovisual, Pláticas, Carteles, Folletos, etc.	5 punto si cubre todos los elementos de cada indicador, 0 puntos si falta algún criterio en cada elemento del indicador	Observación	Guía de observación

4.5 Técnicas, instrumentos y procedimientos para la obtención de la información

4.5.1. Diseño de los instrumentos

El diseño de los instrumentos de medición tiene como base el instrumento oficial utilizado por DGCES llamado *cédula de acreditación*, pues se apega estrictamente a los indicadores que el documento oficial mide, sin embargo, para fines de este estudio se consideraron, otros factores para su construcción; entre los que podemos mencionar: el objetivo para el cual se propone el desarrollo de los instrumentos, el acceso a la información y a los procesos de evaluación que se desarrollan actualmente en los SESVER, las características de los establecimientos de primer nivel de atención médica que son objeto de medición, y el nivel de precisión de los instrumentos que se pretenden obtener. El conjunto de estos factores determinará la extensión de los instrumentos, el formato, y su presentación; pero lo más relevante para esta propuesta es la decisión de generar instrumentos con validez y confiabilidad conocidas.

Y para ello se plantean los siguientes pasos: elaborar una lista extensiva de sus ítems, determinar la forma de medición de las respuestas, expresar los ítems (variables) en palabras apropiadas y claras que sean de fácil entendimiento para el profesional de la salud, construir un borrador de prueba, y finalmente probar los instrumentos en una muestra. Los resultados de esta prueba determinarán el grado de validez y confiabilidad que tiene los instrumentos.

Para determinar la calidad de los instrumentos, es necesario plantear preguntas respecto a la exactitud con que se miden las dimensiones de la acreditación (capacidad, seguridad y calidad), en los establecimientos de primer nivel de atención médica, la estabilidad de la medición o resultado, así como la pertinencia de los instrumentos ante los establecimientos con proceso de acreditación. En resumen, los instrumentos deben de reflejar en los valores obtenidos, la condición del establecimiento respecto a los criterios para la acreditación, que logre ser discriminativo y finalmente que el diseño de los ítems haya evitado el azar en los resultados.

La estimación de la calidad de un instrumento, no sólo se determina con el proceso de construcción, se requiere siempre que se realice la medición (aunque el instrumento ya exista), que pruebe la validez y confiabilidad del mismo.

Para este estudio se desarrollarán dos instrumentos, para facilitar las mediciones de las variables, ambos instrumentos tienen un nivel de medición nominal dicotómico, estos instrumentos son una guía de observación y una cédula de cotejo.

La guía de observación: se utilizará para recopilar información de aquellos indicadores, que para su evaluación requieren la técnica de observación, y consiste en, verificar la existencia del equipo establecido por el proceso de acreditación, así como los instrumentos, materiales, insumos, medicamentos y las condiciones de limpieza y operatividad del inmueble, del mobiliario y del equipo.

Como ya se mencionó, el instrumento permitirá evaluar tres grandes apartados: capacidad, seguridad y calidad, en cada una de las áreas a evaluar; en cada área se definieron indicadores y para su medición se estructuraron uno o más ítem dicotómicos.

El instrumento original está compuesto por 491 ítems. Como se mencionó anteriormente su nivel de medición es nominal-dicotómico y la opción de respuesta es "Si", "No" ó "NA" (No Aplica, que será asignado cuando el establecimiento de atención médica no tenga el área a evaluar). La sección inicial del instrumento registra, datos de identificación del establecimiento a evaluar. Posteriormente se encuentra un apartado de instrucciones sobre el llenado y uso del instrumento. El instrumento cuenta con tres columnas en la primera se encuentran los descriptores de los indicadores a evaluar se distinguen con un tono gris, y debajo de estos se encuentran los ítems con los que se evaluará el indicador, la segunda columna está destinada a la asignación de la evaluación ("S", "N" ó "NA") y la tercera registra el número del indicador al que corresponde en la cédula oficial, este se conserva para el análisis de evaluación.

El segundo instrumento es una cédula de cotejo, mediante ella se evaluará el cumplimiento de procesos ó de estándares ya establecidos y que se encuentran registrados en algún documento oficial del establecimiento de salud, al igual que la guía de observación se divide en tres grandes apartados de evaluación: capacidad, seguridad y calidad y estos a su vez están particularizados para cada una de las áreas de atención, cada una de ellas contiene sus ítem que en total cuenta con 322. Los documentos en donde se buscan los registros para ser evaluados a través del cotejo son entre otros; hoja diaria de consulta externa, registro

mensual de actividades (SIS), expedientes clínicos, tarjetas de control, listados, censos, formatos y bitácoras. Su nivel de medición es nominal "Si", "No" ó "NA" (No Aplica que será asignado cuando el establecimiento de atención médica no tenga el área a evaluar).

Al igual que la guía de observación, la primera sección del instrumento se encuentra asignada para registrar, datos de identificación del establecimiento a evaluar. Posteriormente se encuentra un apartado de instrucciones sobre el llenado y uso del instrumento. Este instrumento cuenta con cuatro columnas en la primera se encuentran los indicadores a evaluar se distinguen con un tono gris, y debajo de estos se encuentran sus ítems con los que se evaluará, la segunda columna está destinada a la asignación de la evaluación ("S", "N" ó "NA"), la tercera registra el número del indicador al que corresponde en la cédula oficial, y la última columna asigna la fuente en donde se realizará el cotejo de ese ítem.

4.6 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para llevar a cabo las pruebas de validez y confiabilidad de los instrumentos, se realizó una gestión ante las autoridades correspondientes de los Servicios de Salud de Veracruz para que se permitiera el acceso a las instalaciones elegidas previamente (muestra: ver tabla 1). La técnica utilizada para el levantamiento de la información fue la observación. Los instrumentos de medición fueron aplicados por el mismo investigador y se destinó un día para cada establecimiento de estudio.

4.6.1 Validez de los instrumentos

Los instrumentos realizados fueron sometido a tres pruebas de validez: validez de criterio, validez de contenido y validez de constructo.

La **validez de criterio**, se realizó con el fin de saber si el resultado obtenido del instrumento es el adecuado, para ello fue necesaria una comparación entre nuestros instrumentos y un estándar ó patrón oro, debido a que no se cuenta con un patrón oro se utilizó toda la normatividad y manuales que rigen a los servicios de salud, especialmente los que están relacionados directamente con los indicadores que se desean medir en el instrumento.

La validez de criterio se determinó a través de un replanteamiento e incorporación de ítems tomando

como referente para su definición los elementos contenidos en las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud y los manuales que rigen los programas de salud en los SESVER. Garantizando a través de la integración de un criterio externo en la construcción de los ítems, la validez de criterio

Se realizó una exhaustiva evaluación para identificar que todos los indicadores contenidos en la cédula oficial se encontraran en los instrumentos. Se creó una matriz con las tres grandes variables y se concentró en ellas los documentos oficiales que norman los servicios de salud en el primer nivel de atención médica. De esta manera se analizaron los documentos oficiales que se utilizaron de apoyo para la elaboración de los ítems, por cada dimensión de la variable de estudio, los cuales representan el criterio externo para la validación.

La **validez de contenido**; se realizó a través de jueces expertos: los dos instrumentos preliminares (guía de observación y cédula de cotejo), fueron sometidos a juicios de expertos, integrado por cinco participantes, dos expertos en acreditación, dos expertos en operación de los programas de salud en los establecimientos de primer nivel de atención médica en los SESVER y un experto en metodología cuantitativa. La validez de expertos tuvo un mayor enfoque a la cédula de cotejo debido a su complejidad para la selección de lo que se cotejará en los documentos.

La primera prueba de validez fue realizada por el coordinador de acreditación de los SESVER, quien realiza modificaciones importantes en los apartados que corresponden a las áreas de medicina preventiva y consulta externa, determinando la documentación que se requiere para evaluar cada indicador, definió cuándo era necesario explorar hoja diaria de consulta externa, tarjetero, expediente clínico, SIS, y formatos de registros de materiales de curación.

El siguiente en evaluar fue el segundo experto en acreditación, es importante mencionar que el instrumento a evaluar ya contenía las modificaciones del primer experto, el segundo experto realizó modificaciones importantes en el apartado que corresponde al área de consulta externa, especialmente en los indicadores de diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial, control prenatal, recurso humano y en el área de calidad.

Los siguientes en validar fueron dos directores de establecimientos de primer nivel de atención médica en

los SESVER, ambos validaron de manera independiente, el primero realizó modificaciones en indicadores de línea de vida, Cartilla Nacional de Salud, censo nominal, en el área de farmacia, recurso humano. El siguiente experto modificó apartados de diagnóstico en el área de consulta externa. El experto en metodología cuantitativa contribuyó a la mejora de las definiciones operaciones y la objetividad de cada ítem.

Posteriormente con la finalidad de determinar que tan representativos del universo que se desea medir, son los ítems del instrumento, se realizó un juicio de expertos. Para ello se plantea la participación de tres jueces, los cuales son tres expertos en proceso de acreditación en los SESVER. Cada uno, a través de un instrumento de validación que contempla los siguientes criterios de evaluación por cada ítem: congruencia, claridad, tendenciosidad y observación.

Con base en los juicios emitidos los instrumentos se reformulan de acuerdo a los siguientes criterios: los ítems donde hay un cien por ciento de coincidencia entre los jueces (los ítems son congruentes, están escritos claramente y no son tendenciosos), quedan incluidos en el instrumento; los ítems donde hay un cien por ciento de coincidencia desfavorable de los expertos, se excluyen del instrumentos y los ítems donde sólo hay coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados, si es necesario y nuevamente validados.

La validez de **constructo** se realizó mediante una matriz de congruencia. La matriz de congruencia está formada por columnas de una matriz patrón, con el fin analizar la correlación entre las mismas variables, y garantizar la congruencia, entre los indicadores a medir y la teoría que los sustenta.

Para ello la matriz se divide en tres grandes apartados: estructura, proceso y resultados, propuestos por el modelo teórico de evaluación de la calidad de la atención médica, y estos a su vez definen sus dimensiones, a partir de ellas y con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, que define los criterio y los procedimientos para la prestación de este servicio, ya que para este caso se seleccionó una de las atenciones contemplada en el CAUSES (control prenatal), se definieron los indicadores que se requerían para evaluar control prenatal en los tres grandes apartados y así identificar la congruencia con los ítems contenidos en nuestros instrumentos que evalúan control prenatal.

4.6.2 Prueba de instrumentos en campo

La prueba piloto se aplicó en un establecimiento de 1er. nivel de atención médica de los SESVER correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria No. X, el cual cuenta con características similares, a los establecimientos donde se aplicarán las pruebas para evaluar la confiabilidad, para ello se solicitó autorización en el Departamento de Atención Médica a nivel estatal, al Jefe de la Jurisdicción Sanitaria X y además al Coordinador de Atención Médica de esta misma jurisdicción, y al Director del centro de salud a quien; con anticipación se le entregó de manera virtual copia de los instrumentos que serían aplicados (guía de observación y cédula de cotejo).

En orden de acciones se aplicaron ambos instrumento al mismo tiempo ya que estos se encuentran en su diseño, divididos por área de atención, de tal manera que se evaluaban simultáneamente los ítems correspondientes a esa área; siempre iniciando con los ítems de la guía de observación, ya que ésta permitió identificar de primer instancia si se contaba ó no con el objeto a evaluar, y posteriormente si la cédula lo requería se realizaba el cotejo.

A partir de la prueba de los instrumentos en campo, se determinó unir ambos instrumentos: guía de observación y cédula de cotejo para fines de facilitar la aplicación; debido a que la evaluación de los establecimientos de primer nivel de atención médica se realizan por áreas de atención, ya que resultó complejo realizar la aplicación de dos instrumentos en una misma área.

Al unirse ambos instrumentos se evaluará por área de atención pero se conserva la técnica requerida para evaluar cada ítems, esto es si el ítem pertenecía a la guía de observación su técnica de aplicación será sólo observar y si el ítem pertenecía a la cédula de cotejo su técnica de aplicación será cotejar entre los documentos que el instrumento señale.

Resultando un instrumento de 715 ítems, compuesto por cuatro columnas, la primera contiene los indicadores e ítems, la segunda destinada a las respuestas, una tercera que señala el número del indicador al que corresponden los ítems, y una última que contiene la fuente ó los documentos que serán cotejado de acuerdo a lo señalado por el ítem. Las filas en tono gris señalan el indicador a evaluar, las filas en tono rosa pertenecen a guía de observación y las filas en blanco a la cédula de cotejo. Se identifican la dimensiones de capacidad, seguridad y calidad de la siguiente manera; las secciones

que se encuentran enmarcadas en negro corresponden a la dimensión de seguridad y los últimos ítems a partir del ítem 684 evalúan la dimensión calidad, todos los demás ítems corresponden a capacidad.

Dentro del instrumento se pueden identificar con letra en formato negrita, aquellos indicadores que corresponden a los criterios mayores (afectan la seguridad del paciente), que son requisitos que al no cumplirse impiden la auditoría del resto de los demás indicadores^k.

4.6.3 Confiabilidad de los instrumentos

Se analizó la capacidad discriminativa que tiene el instrumento, para ello se realizó una prueba estadística, mediante grupos extremos, "prueba de comparación de medias en muestras independientes". Previamente se seleccionó una muestra intencionada, constituida por ocho establecimientos de primer nivel de atención médica, integrado por los cuatro establecimientos con mayores dificultades en su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación y los establecimientos médicos en condiciones óptimas de acuerdo a su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación, seleccionados bajo el estricto juicio personal de expertos. Para esta evaluación se utilizó la prueba de comparación de medias en muestras independientes, (prueba t de Student), con un nivel de significancia de 1 % ($t = 0,01$), Este procedimiento consiste en comprobar, si existe diferencia significativa entre los puntajes promedios de ambos grupos, de manera independiente.

Para la segunda prueba de confiabilidad que se realizó para medir la estabilidad del instrumento se seleccionó de manera intencionada cuatro establecimientos de la misma muestra experimental, que fueron sometidos a una prueba de *test-retest*, en este procedimiento el mismo instrumento de medición fue aplicado dos veces al mismo establecimiento de primer nivel de atención médica, si la correlación entre los resultados de las dos aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable.

Debido a que nuestras variables a medir son susceptibles de cambios con el tiempo, el periodo entre la primera y segunda medición no excedió una semana.

^k Los demás indicadores están compuestos por los de criterio menor; que no son considerados como requisitos y cuya sumatoria junto con los de criterio mayor determinar el resultado de acreditado ó no acreditado.

4.7 Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información.

El plan de análisis está relacionado con el nivel de medición de las variables y la manera en que se formularon, respecto a los objetivos de este estudio, es importante tener en cuenta que se realizará un análisis estadístico.

Posterior a levantamiento de información se procesará la información colectada por indicador, el cual puede estar compuesto por uno a más ítems. Para este fin nos apegamos a los valores ya establecidos por el instrumentos oficial (cédula de acreditación), este documento cuenta con una valoración que establece que si los criterios establecidos se cumplen se lea asigne un valor de 1 ó 5, el primer valor para los ítems de los criterios menores (no son considerados como requisitos y cuya sumatoria junto con los criterios mayores, determinan el resultado de la acreditación o no acreditación), y el segundo cuando el indicador forma parte de los criterios mayores (es un requisito y al no cumplirse se impide la acreditación del establecimiento ya que el no cumplimiento afecta a la seguridad del paciente, para la identificación rápida de estos indicadores se encuentran en ambos instrumentos y en la hoja de cálculo, con letras negritas; en el caso de incumplimiento el valor será de 0 en cualquiera de los dos casos.

Para obtener la calificación de la evaluación es necesario apegarnos a la hoja de cálculo de la cédula oficial, tal y como ya se había mencionado antes, para ello se evaluará cada indicador de la siguiente manera; si todos los ítems que califican al indicador tienen como respuesta "S", el valor obtenido será 1 ó 5 según lo marcara la hoja de cálculo de la cédula oficial. Cuando uno ó más de los ítems que califican al indicador tengan como respuesta "N" el valor obtenido será 0. Por último, cuando en los ítems se establezca para el indicador "NA" el valor obtenido es 1 ó 5 (como en el caso de cumplimiento) según lo señale la hoja de cálculo de la cédula oficial.

Una vez que se obtengan los resultados de cada indicador se suman y se obtiene la calificación en porcentaje de acuerdo a la hoja de cálculo (Documento oficial).

Es importante recordar que para ser dictaminado como acreditado un establecimiento de primer nivel de atención médica, es necesario, que los resultados obtenidos en cada dimensión sean igual o mayor al 85%. Y para realizar esta evaluación se utilizara una hoja de cálculo llamada "formato de captura electrónica

para la auditoria de procesos", proporcionado por la Subdirección de Innovación y Calidad y por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Una vez realizados estos procedimientos se estará en la posibilidad de realizar las pruebas de validez y confiabilidad.

Posteriormente se realizará la sumatoria de los valores asignados a todos los ítems, se obtienen los porcentajes totales de acuerdo al total de máximo de calificación que es 666 puntos que equivalen al 100%. Posteriormente se obtendrán los porcentajes obtenidos por cada dimensión de nuestras variables, lo que sería obtener la frecuencia relativa de cada dimensión: Capacidad, Seguridad y Calidad. Y para ello se utilizará la fórmula: $\% = N_c / N_t (100)$, donde N_c es la suma alcanzada de los valores otorgados por cumplimiento en esa dimensión, N_t es el total de la suma de todos los valores otorgados por cumplimiento en esa dimensión y el resultado se expresará en porcentaje.

Una vez que se obtengan las calificaciones en porcentaje de cada establecimiento de primer nivel de atención médica, para el análisis de estadístico de confiabilidad de nuestro instrumento, se analizará la capacidad discriminante del instrumento, mediante el análisis de los resultados de cada establecimiento y grupo, es decir los del grupo A, conformado por los establecimientos de 1er. nivel de atención médica con mayores problemas en su capacidad, seguridad y calidad para la acreditación y grupo B integrado por los establecimientos de primer nivel de atención médica en condiciones óptimas de capacidad, seguridad y calidad para la acreditación.

Para la prueba de confiabilidad concurrente ó grupos extremos, se utilizará el programa Microsoft Excel; donde se obtienen los promedios de las evaluaciones totales y por dimensiones (capacidad, seguridad y calidad), de cada establecimiento evaluado y se utilizará la prueba de comparación de medias en muestras independientes, t de Student, con nivel de significancia del 1%. La prueba se realizará entre el grupo A y el grupo B; esperando que la media del puntaje alcanzado del grupo B sea mayor a la media del puntaje alcanzado del grupo A. Esto es que si además se obtiene un valor de $p < 0.001$, entonces se considerará que existe una diferencia significativa, lo que indica un instrumento con capacidad discriminatoria.

Para la prueba de estabilidad se utilizará una matriz realizada en Microsoft Excel, compuesta por todas las calificaciones de los ítems de los cuatro establecimientos de 1er. nivel de atención médica, seleccionados para

esta prueba (grupo A).

A partir de esta matriz se correlacionarán los resultados del total de los ítems entre la 1ª y la 2ª aplicación del instrumento por cada establecimiento. El coeficiente de correlación utilizado será la r de Pearson. Posteriormente se correlacionarán los resultados de la 1ª y la 2ª aplicación del instrumento en cada establecimiento, pero por dimensiones; capacidad, seguridad y calidad.

Se considerará que el instrumento es estable cuando los resultados obtenidos al aplicar el coeficiente r de Pearson, entre la correlación de la 1er. y la 2ª, sean $r \geq 0.80$, interpretándose como buena correlación positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Knaul F, Arreola H, Méndez O, Bryson C, Barofsky J. Salud Pública de México(online): Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México; Vol. 49 (1), 2007;(Consultado 19 sep.2008), disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s1/09.pdf>
2. Knaul F, Arreola H, Borja C, Méndez O, Torres A. El Sistema de Protección en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. *Calidoscopio de la salud*; 274-275.
3. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión 2008. [citado el 25 agosto 2008]; Disponible en: URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LevesBiblio/pdf/142.pdf>
4. Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. [Consultado 2008 abr. 16]. Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/PRONASA_version_completa.pdf
5. Cooperación Técnica entre países (CTP) en las iniciativas subregionales. Comité Ejecutivo Técnico de la Organización Panamericana de la Salud 1987. [consultado 2008 Oct. 2];1-31. Disponible en: URL: http://hist.library.paho.org/english/GOV/SPP/spp9_5_spa.pdf
6. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión 2008. [consultado 2008 Ago.

- 25]; Disponible en: URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
7. García J. ¿Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana? *Revista Cubana Salud Pública* 2006. [consultado 2008 Oct. 2]; 32(1) Disponible en: URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100014&lng=es&nrm=iso
 8. Bezold C, Frenk J, McCarthy S. Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI: Perspectivas para lograr salud para todos. México: Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la Salud; 1998.
 9. Documento en línea del Consejo de Salubridad General, 2006. [consultado 2008 Oct. 11] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/idades/cdi/nom/compi/ac24dic.html>
 10. Documento en línea de Sistema Nacional de Salud: Insumos básicos para los niveles de atención médica [consultado 2008 Sep. 28] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/csg/Reglmtto_Comis2003/Acuc_insum.htm
 11. Londoño M, Morera G, Laverde P. Auditoría en Salud: para una gestión eficiente. 1ª ed. Colombia: Médica internacional, 1998.
 12. Londoño M, Morera G, Laverde P. Auditoría en Salud: para una gestión eficiente. 1ª. edición Colombia: Médica internacional, 1998.
 13. Manual para la Acreditación y Garantía de la Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud. 2007 [consultado 2008 Ago. 26] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/acredita_manual.htm
 14. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1994. 37-63p.
 15. Ruelas B, Zurita G. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud, Salud Pública de México, 1993; (35): 235-237.
 16. Documento en línea de: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la salud (OMS). 1993. La garantía de la calidad. Estándares e indicadores para la acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe [consultado 2008 Oct. 09] Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/GOV/CSP/csp27-16-s.pdf>
 17. Documento en línea de Organización Panamericana de Salud. 27a Conferencia Sanitaria Panamericana 59 Sesión del Comité Regional [consultado 2008 Oct. 10] Disponible en: www.opsoms.org/Spanish/GOV/CSP/csp27index-s.htm
 18. La transformación de gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Documento en línea de Organización Panamericana de la Salud. (Internet) Washington D.C. OPS. 2001 [consultado 2008 Sep. 26] Disponible en:
 19. Guajardo E. Administración de la Calidad Total: Conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad, 1ª. edición, México: Pax-México; 1996.
 20. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de Atención Médica. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990. México.
 21. Ramirez M, García J, Fraustro S. A Scientific Approach to the Definition of Quality in Medical Care: A Model for Mexican Reality. *Cad. Saúde Públ.*, Río de Janeiro, 11 (3): 456-462, jul./Sep, 1995.
 22. Diario Oficial de Federación: Acuerdo por lo que se establecen las bases de la instrumentación del programa Nacional de Certificación de Hospitales (online); (consultado sep.2008) disponible en: <http://www.salud.gob.mx/idades/csg/publica/DOF/PNCH.PDF>
 23. Programas de evaluación de la calidad en la atención médica: certificación y acreditación, problemática en su instrumentación. Javier Santillán Moncayo Publicaciones y Documentos de la Representación en

- México de OPS. Disponible en: URL: www.mex.opms.org/documentos/publicaciones/hacia/a24.pdf
24. Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de establecimientos de Servicios de Salud. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión 2008. [consultado 2008 Sep 3]; Disponible en: URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/regla/4.PDF>
 25. Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud. Dof-reglamentoint-22102003 [consultado 2008 sep. 2] http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/DOF_REGLAMENTOINT22102003.pdf
 26. Manual del Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad en Establecimientos para la Prestación de Servicios de Salud 2007–2012. México: Secretaría de Salud. [citado 2008 Sep 26]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/manual_acredita.pdf
 27. Certificación de Establecimientos de Atención Médica <http://innova.fox.presidencia.gob.mx/archivos/0/4/1/1/files/archivos/sip-1844.pdf>
 28. Martínez C, La teoría de la evaluación de programas, Departamento de métodos de investigación y diagnóstico en Educación. UNED, 73-91p.
 29. Rossi, P.H.; Freeman, H.E. & Lipsey, M.W. Evaluation: A Systematic Approach. Sage Publications. 1999
 30. Mohr, L. Impact Analysis for Program Evaluation. Sage Publications. 1995
 31. Montero E. Marco Conceptual para la evaluación de programas de salud. Población y Salud en Mesoamérica. (Internet), 2004 Ene-jun. [consultado 2008 Jun. 02]; 1 (2):1-17. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf>
 32. Solórzano BM. Modelo de evaluación del impacto social de los Programas de Alfabetización [Tesis doctoral]. Cuba: Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño. 2005
 33. Donabedian A. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. 1ª. reimpresión. México: Copilco. 93-151.1991
 34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación; 3ª. Edición, Chile: Mc Graw Hill, 2004; 344-348 p.
 35. Alarcón A, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas; Rev Méd Chile (revista online) Vol. 136 (1):125-131, 2008; (Consultado: 19feb2009); disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000100016&script=sci_arttext
 36. Ruiz C, Validez, Programa Interinstitucional Doctorado en Educación (online); (Consultado 27 may. 2009); disponible en: <http://www.carlosruizbolivar.com/articulos/archivos/Curso%20CII%20UCLA%20Art.%20Validez.pdf>
 37. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería, 3ª. Edición, España: Elsevier, 2008; 16, 209-213p.
 38. Alonso R, Bayarre H, Artilles L, Rev. Cubana Salud Pública: Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad; Cuba, 2004; 30(2), (consultado 19 feb.2009), disponible en: [www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=29226&id_seccion=762&id... - 46k](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=29226&id_seccion=762&id...)
 39. Paolinelli C, González P, Doniez M, Donoso T, Salinas V. Revista Médica de Chile: Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure, Vol. 129 (1), Chile, ene.2001(consultado 23 feb.2009), disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000100004&script=sci_arttext
 40. Lugo L, García H, Gómez C. Rev Fac Nac Salud Pública Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia, jul.-dic. 2006; Vol.24 (2); (consultado:22 feb.2009), disponible: [www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2006000200005&script=sci_arttext - 51k -](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2006000200005&script=sci_arttext)
 41. Veliz J, Rev Med Hered. [online]: Validación de un cuestionario de transgresiones ético-médicas, oct./

- dic 2006, vol.17, no.4 [citado 21 febrero 2009], p.212-219. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2006000400005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
42. Zuñiga M, Carrillo G, Medina G, Salud Pública México: Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México, 1999; 41 110-118p. (consultado 22 feb.2009), disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/1999/v41n2_evaluacion_del_estado.pdf
43. Sánchez P. Universidad de Mar Valparaíso –Chile, Construcción y Validación Factorial de un Instrumento para medir Estrés Laboral en Servicios de Alta Tensión del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, 2005 (consultado 19 feb-09), disponible en: http://users.udelmar.cl/loyola/WEBs/psicologia/data/upimages/TESIS_med_stress.pdf
44. Figuera M, Rev. Gestipolis (online): Propuesta estratégica para uso de transgénico. ago. 2008 (consultado 22 feb. 2009), disponible en: <http://www.gestipolis.com/administracion-estrategia/gerencia-estrategica-para-transgenicos.htm>
45. Cabrera G, Londoño J, Bello L. Rev. Salud Pública: Validación de un Instrumento para Medir Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales de Colombia, Colombia, 10 (3): 443-451, Julio, 2008 (consultado: 14-Feb.2009), Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n3/v10n3a09.pdf.
46. Alonso R, Bayarre H, Artilles L. Revista Cubana Salud Pública: Construcción de un instrumento para medir satisfacción personal en mujeres de mediana edad, Cuba, 30 (2) 2004 http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu06204.htm
47. Creel L, Sass J, Yinger N, Population refernce bureau measure Communications. Nuevas perspectivas sobre la calidad de atención: Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad, Vol. 1;EE. UU.; Dic, 2002; (consultado:16 feb 2009); Disponible en: http://www.prb.org/pdf/QOC1Overview_Sp.pdf.
48. Lugo J, Barroso M, Fernández L. Rev. Cubana Oncológica: Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología; 12 (1), 1996; (consultado:16 feb 2009); Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol12_1_96/onc07196.htm
49. Programa Sectorial de Salud 2005-2010, del gobierno del estado de Veracruz: "Salud para todos los veracruzanos" disponible en: <http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/page/gobversfp/csfpptransparencia/sfpraccionviipvd/sfpprogramassectoriales/programa%20sectorial%20de%20salud.pdf>
50. Namakforoosh M, Metodología de la Investigación, 2a. edición, Limusa;200;188-90p (consultado 21 feb.2009), disponible en: <http://books.google.com/books?id=ZEJ7-0hmvhwC&printsec=frontcover&dq=metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n&hl=es#PPP1,M1>.

COȘTO DE ATENCI3N, EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES M3DICAS DEL ESTADO DE VERACRUZ "DR. RAFAEL LUCIO", Y EN PARTICULAR POR RETINOPAT3A, ASOCIADA A DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN EL 2008

Alumno: Luis Daniel Cruz Garc3a

Directora de Tesis: Edit Rodr3guez Romero

Asesor Externo: Francisco Barajas Mart3nez

1. MARCO REFERENCIAL DE LA INVESTIGACI3N

1.1 Ubicaci3n f3sica de la sede de la investigaci3n

El Centro de Especialidades M3dicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" (CEMEV), se ubica en la Avenida Ru3z Cortines n3mero 2903, colonia Unidad Magisterial, en la ciudad de Xalapa, Veracruz, M3xico; entre los servicios hospitalarios y de consulta que otorga se encuentra el oftalmol3gico, que incluye consulta m3dica, intervenciones quir3rgicas, atenci3n de urgencia y hospitalizaci3n. Este nosocomio ser3 la sede de esta investigaci3n.

1.2 Origen y desarrollo de la sede de la investigaci3n

El Centro de Especialidades M3dicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", nace por la necesidad de dotar a la entidad con un hospital de alta calidad m3dica, con tecnolog3a de tercer nivel de atenci3n. Entra en operaciones oficialmente el 27 de noviembre de 1989. Naci3 con personalidad jur3dica y patrimonio propio con fundamento en la Ley 456 que emitiera la H. LIV Legislatura del Estado de Veracruz y que sirvi3 como fundamento para elaborar su Reglamento Interno.¹

En 1997 los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER), asumen la rector3a de los servicios de salud en el estado y absorben la totalidad de las unidades de salud de los Servicios Coordinados, de la Direcci3n de Asistencia P3blica y los hospitales descentralizados. Sin embargo el CEMEV conserva autonom3a en el manejo de los recursos propios y con funcionamiento desconcentrado para la toma de decisiones de operaci3n.¹

1.3 Situaci3n actual del hospital.

Actualmente el Centro de Especialidades M3dicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", es un hospital de

alta especialidad, cuenta con 196 camas censables y 76 camas no censables, otorga 16 servicios, los cuales a su vez se subdividen en especialidades, como es el caso del servicio de cirug3a, que se encuentra conformado por las especialidades de: angiolog3a, cirug3a general, cirug3a maxilofacial, cirug3a odontol3gica, cirug3a reconstructiva, coloproctolog3a, neurocirug3a, oftalmolog3a, otorrinolaringolog3a y urolog3a.

En Octubre del 2007 el CEMEV, es inscrito ante el Consejo de Salubridad General como candidato a ser evaluado como Unidad de Servicios Hospitalarios, este Proceso de gesti3n de Calidad, dur3 15 meses, el 12 de Diciembre del a3o 2008, la Junta Nacional de Evaluadores, dictamin3 la certificaci3n de este hospital.

1.3.1 Mis3n

"Proporcionar a la poblaci3n abierta atenci3n especializada, con calidad y sentido humano; desarrollando investigaci3n y formando recursos humanos calificados, que contribuyan a la salud de los usuarios".¹

1.3.2 Vis3n

"Ser una instituci3n de salud certificada y de excelencia a nivel nacional, que proporcione atenci3n de la m3s alta calidad basada en la seguridad del paciente, asegurando el desarrollo de la investigaci3n y la formaci3n de recursos humanos calificados".¹

1.3.3 Pol3tica de calidad

El CEMEV es una instituci3n que proporciona atenci3n m3dica con personal especializado y subespecializado, certificados por el consejo correspondiente, bas3ndose en los criterios de mejora continua de los procesos en las diferentes 3reas.¹

1.3.4 Marco jurídico del CEMEV

El marco jurídico del CEMEV está basado en un conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos, convenios y acuerdos a los que, para ejercer sus funciones, deben apegarse los diferentes servicios. El principal documento rector de la prestación de servicios, es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en el artículo 4º, consagra el derecho de toda persona a contar con protección a la salud.² En el ejercicio de sus funciones y la prestación de servicios de salud, el CEMEV funciona a partir de las reglamentaciones de la Ley General de Salud³ y la Ley de Salud del Estado de Veracruz⁴.

1.3.5 Estructura orgánica

El Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz " Dr. Rafael Lucio ", es un organismo público descentralizado que depende de Servicios de Salud de Veracruz; desde el punto de vista normativo para los programas institucionales, pero con autonomía en el manejo de sus recursos y desconcentrado para las decisiones de operación.

1.4 Marco jurídico de la investigación

La Ley General de Salud, en el artículo 1º, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; en el artículo 3º, fracciones: II La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables y V, establece que es materia de salubridad general la atención de la salud visual de todos los mexicanos.³

Para reglamentar lo anterior se emitieron las Normas Oficiales Mexicanas, de las cuales la NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, refiere que la diabetes es la causa más importante de retinopatía como complicación de la misma, la revisión de ojos debe realizarse al momento del diagnóstico de la diabetes y posteriormente una vez al año con referencia al especialista oftalmólogo, en los casos de disminución de agudeza visual y daño de la retina, esta norma oficial es de observancia obligatoria en el territorio nacional para los establecimientos y profesionales de la salud de los sectores social, público y privado que presten servicios de atención médica en el Sistema Nacional de Salud.⁵

1.4.1 Definición de atención médica de acuerdo a La Ley General de Salud

La Ley General de Salud en el Artículo 32, define la atención médica como: "Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud" y en el artículo 33: Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

1.4.2 Definición de retinopatía diabética de acuerdo a la NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, define como "retinopatía diabética, cuando en la retina existe compromiso de los vasos pequeños, incluyendo los capilares, con aumento de la permeabilidad, que permite la salida de lípidos formando exudados duros, obstrucción de vasos con infartos, produciéndose los exudados blandos. Puede haber ruptura de vasos, causando microhemorragias; la formación de nuevos por hipoxia puede condicionar hemorragias masivas"⁵ (Esta definición corresponde a las modificaciones realizadas a la NOM-015).

1.5 Fundamentación teórica del problema

1.5.1 Teoría General de Sistemas

La presente investigación tiene como fundamento teórico, la Teoría General de Sistemas (TGS), que en su sentido más amplio se presenta como una forma científica y sistemática de aproximación a la realidad, por su perspectiva integradora en sus conjuntos que de ella emergen.⁶ Para el biólogo Ludwing Von Bertalanffy⁷, la TGS debe ser un mecanismo integrador entre las ciencias naturales y sociales, el campo de aplicación no reconoce limitaciones, así mismo, las propiedades de los subsistemas no pueden ser explicados en forma separada, el análisis de los mismos se logra bajo un contexto integral del sistema.

Una de las limitaciones de los sistemas, es fundamentalmente el problema de los procedimientos

analíticos en la ciencia. Esto suele ser expresado en el siguiente enunciado: "el todo es más que la suma de sus partes", es decir, una entidad investigada es resuelta en partes unidas, a partir de las cuales puede ser constituida o reconstituida, en sus sentidos tanto material como conceptual. Los sistemas van siendo más complejos, se explican a partir de los fenómenos del entorno, es decir su totalidad.⁸

Por lo anterior, una institución hospitalaria como el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", comparte los fundamentos teóricos de la TGS, al estar conformada por subsistemas que interactúan entre sí, este intercambio de información se da en forma vertical u horizontal, dentro de la administración y gerencia hospitalaria, el análisis de los sistemas de costos de operación de los servicios brindados, resultan de importancia para el buen funcionamiento del hospital.

Warner y colaboradores refieren que los costos de atención a la salud, se han cuadruplicados desde la década de los sesenta, esto se debe al aumento en la demanda de los servicios de atención médica, así como la calidad con que se brindan, los cambios demográficos y la transición epidemiológica.⁹

En los hospitales, los sistemas contables que más se utilizan son: sistema de costos por procesos y costo de conversión, el primero se refiere a la transformación de la materia, se van sumando los elementos del costo de producción en un periodo determinado, desde su inicio hasta el producto final, el costo unitario del servicio, se obtiene al dividir el costo total entre las unidades producidas, el segundo, da importancia al "pago de los salarios directos y los gastos de fabricación", que son los gastos necesarios para convertir la materia prima en producto elaborado o servicio otorgado.¹⁰

1.5.2 Costos de atención médica

En el año de 1993 Avedis Donabedian, en su conferencia "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad" realiza un análisis de dos modelos de garantía de la calidad: al tradicional le denominó "modelo de atención a la salud" (liealtiz-care model) y el otro es el "modelo industrial" (industrial model).¹¹

En el modelo industrial los costos de un bien o servicio son parte de la definición de calidad, ya que existe una interrelación entre precio y calidad en la mente del cliente, la planificación del costo de un bien o servicio,

se realiza con procedimientos técnicos, con un enfoque económico que requiere de la ayuda de la contabilidad analítica, el análisis de costos es por lo tanto un elemento fundamental para el éxito financiero. En el modelo de atención a la salud se tiene presente el aumento de los costos al incrementar la calidad, especialmente en la provisión de atención a la salud, se encuentran orientados al balance entre los costos y los beneficios. Esto se debe a que la atención a la salud es un bien público, pero también es privado.

Los servicios de salud dependen de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica, otro aspecto a considerar de la eficacia es el ámbito local donde los directivos deciden cómo aplicar las normas y su adaptación. Los servicios de salud eficientes son los que suministran atención óptima al paciente, es decir, aportan el mayor beneficio con los recursos disponibles, dado que los recursos de atención de salud son generalmente finitos.¹¹

La rama de la economía que estudia cómo se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud, ya sea en el contexto de un individuo o una población, es la economía de la salud. Se basa en las premisas de la economía (medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseadas) aplicadas a la producción en el campo de la salud.¹²

La economía de la salud define al costo directo de atención: como el costo relacionado directamente con la producción o consumo de un servicio, formados por los costos fijos: sueldo de personal médico y paramédico, compra de medicamentos, monto de una operación quirúrgica, compra de material para la atención etc., y por los costos variables: que son los servicios generales, tiempos de uso de un quirófano, los honorarios de algunos profesionales, el precio de algunos materiales quirúrgicos.¹²

Así mismo, define al costo indirecto de atención: como los desembolsos o valores de los recursos que no tienen relación directa con el proceso de producción o el consumo de un bien o servicio pero influyen en el precio.¹²

La Universidad de Antioquia, en el área de Administración de Costos y Administración Gerencial, clasifica a los sistemas de costos de acuerdo a su utilización.¹³

De acuerdo al área donde se consumen, los costos se

clasifican en:

Costos de operación, valoración monetaria de la suma de recursos destinados a la administración, operación y funcionamiento de un organismo, empresa o entidad pública.

Costos de producción, son los costos del "valor de los insumos que requieren las unidades económicas para realizar su producción de bienes y servicios, se consideran aquí los pagos a los factores de la producción: al capital, constituido por los pagos de sueldos, salarios y prestaciones a obreros y empleados; así como también los bienes y servicios consumidos en el proceso productivo (materias primas, combustibles, energía eléctrica, servicios)".

Costo financiero, el costo "integrado por los gastos derivados de allegarse fondos de financiamiento por lo cual representa las erogaciones destinadas a cubrir en moneda nacional o extranjera, los intereses, comisiones y gastos que deriven de un título de crédito o contrato respectivo, donde se definen las condiciones específicas y los porcentajes pactados; se calculan sobre el monto del capital y deben ser cubiertos durante un cierto periodo de tiempo".¹⁴

De acuerdo a su identificación los costos se clasifican en:

Costos directos, son los costos que pueden identificarse con el producto, servicio, proceso o departamento (mano de obra directa).

Costos indirectos, su monto se conoce para toda la empresa o para un conjunto de productos, son difíciles de asociarlos con un servicio o producto específico. Para su asignación se requiere de criterios de prorrateo.

De acuerdo a su comportamiento los costos se clasifican en:

Costos fijos, son aquellos que permanecen constantes durante un periodo de tiempo determinado, sin importar el volumen de producción.

Costos variables, son aquellos que se componen de una parte fija y una variable, son modificados con el volumen de producción.¹⁴

Fernando Pérez-Iñigo, en 2001, en su libro "Un modelo de hospital", habla que la eficacia de la gestión depende de los aspectos económicos manejados por una buena contabilidad analítica (determinación de los fines a los

cuales se ha destinado el recurso), pretende conocer los costos inherentes a cada una de las actividades hospitalarias, por lo que es importante conocer el costo real de cada una de las especialidades, su metodología se contempla en tres fases; costo por servicio, análisis de las desviaciones y cálculo del costo por proceso.¹⁵

Dentro de las técnicas para estimar costos, se encuentra la técnica de instrumentación, la cual es una forma de diagnóstico de las características de los recursos disponibles en los servicios de salud, tanto a nivel hospitalario como en el primer nivel de atención, que sirve para determinar los instrumentos y actividades que intervienen en la atención médica durante un año calendario; es necesario que toda institución de salud, realice el análisis de los recursos utilizados y las actividades alcanzadas para la planeación estratégica de los recursos financieros. La instrumentación se conforma por cinco etapas básicas: ¹⁶

- Departamentalización.
- Determinación de los costos directos de cada departamento.
- Determinación del volumen de actividades por departamento.
- Determinación del costo total de los departamentos finales.
- Determinación de los atributos de las actividades e instrumentos de los departamentos finales.

Los elementos fundamentales de esta técnica son dos: los instrumentos con que cuenta la unidad hospitalaria y las actividades que ofrece. El primero se refiere al conjunto de recursos cualitativa y cuantitativamente organizados bajo el criterio de eficiencia, con la finalidad producir una actividad: El recurso nuclear (el médico para la consulta externa) es el que da nombre a este instrumento. El segundo son las actividades que se refieren al conjunto de acciones realizadas en orden cronológico y funcional, que sumadas permiten brindar un servicio específico de salud: consulta médica, atención de urgencias o atención hospitalaria.¹⁶

Los instrumentos se caracterizan por tener los siguientes atributos: identificación, volumen, composición, costo unitario, grado de utilización, rendimiento y cobertura.¹⁷

Identificación: es la denominación del recurso menos divisible e indispensable (recurso nuclear), que sin él, pierde su utilidad el instrumento, se expresa asociado a una unidad de tiempo (en consulta externa hora-médico,

en hospitalización día-cama).

Volumen: es el número de instrumentos, en un periodo determinado expresado por el número de recursos nucleares que componen el instrumento.

Composición: es la expresión de la proporción de los recursos, que intervienen en la formación del instrumento, expresado en unidades reales (hora-médico, día-cama).

Costo unitario: es la expresión monetaria de los recursos que intervienen en la formación del instrumento, el cual resulta de dividir el costo total de la actividad entre el volumen de instrumentos.

Grado de utilización: es la expresión del número de actividades realizadas, el cual se obtiene de dividir el volumen de instrumentos utilizados entre el número instrumentos disponibles, multiplicado por 100, para ser expresado en porcentaje.

Rendimiento: es la expresión del número de actividades realizadas por unidad instrumental en un periodo de tiempo determinado, se obtiene al dividir el número de actividades entre el volumen de instrumentos.

Cobertura: es la relación existente entre la capacidad instalada y la población de responsabilidad, se obtiene al dividir la población de responsabilidad entre el volumen de instrumentos.

Las actividades se caracterizan por tener los siguientes atributos: identificación, cantidad, composición, costo total, costo unitario, concentración, duración y cobertura.¹⁷

Identificación: es la tipificación de la actividad final que producen los departamentos, como son consulta médica, hospitalización, etc.

Cantidad: es la cuantificación en unidades de medida, de las actividades realizadas en periodo determinado, como el número de consultas médicas, egresos hospitalarios, etc.

Composición: es la expresión de las acciones que se realizan para llevar a cabo la actividad.

Costo total: es la expresión del total de recursos que intervienen, directa o indirectamente en la producción de la actividad, el cual es igual al costo total del departamento final que lleva acabo la actividad.

Costo unitario: es la expresión monetaria de los recursos utilizados para generar una actividad, se obtiene al dividir el costo total entre el número de actividades realizadas en un periodo determinado.

Concentración: es el número de veces que la actividad se repite en un paciente, se puede determinar por daño o por departamento.

Duración: es la expresión del tiempo promedio que se utiliza para realizar una actividad, se obtiene al dividir el número de instrumentos entre el número total de actividades realizadas.

Cobertura: es la relación porcentual entre el número de personas atendidas y el número total de personas susceptibles o enfermas, multiplicado por 100.

La departamentalización es la primera etapa de la técnica, que permite identificar la estructura organizacional vigente del hospital, a su vez los departamentos se clasifican de acuerdo a la actividad que realizan y el destino de la misma:¹⁷

Departamentos generales: las actividades que realizan se destinan a todos los departamentos que conforman el hospital. (Dirección, recursos humanos, entre otros).

Departamentos intermedios: son los que reciben las actividades de los departamentos generales y sus actividades están orientadas a complementar a los departamentos finales (laboratorio, archivo clínico, trabajo social).

Departamentos finales: son los que reciben las actividades de los departamentos generales e intermedios y sus actividades están orientadas directamente a la prestación del servicio para el usuario (consulta general, atención de urgencia o atención hospitalaria).

La determinación de costos de atención médica por consulta general o atención hospitalaria, guarda relación directa con las actividades que se realizan en los departamentos generales, intermedios y finales, implicando la combinación de recursos humanos (capítulo 1000), insumos: medicamentos, material de curación, entre otros (capítulo 2000) y gasto por servicios generales: agua, luz, teléfono, gases medicinales, combustibles, entre otros (capítulo 3000). Los recursos humanos son todo aquel personal que trabaja en el hospital, que a través de la realización de sus actividades

contribuye a la prestación de un servicio, este personal se clasifica de acuerdo al departamento donde se desempeña. Así mismo se toma en cuenta a todos los insumos consumidos por cada departamento y que son necesarios para la realización de las actividades. Los gastos generales son aquellos que se erogan por concepto de servicio de energía eléctrica, servicios de comunicación, entre otros.

Para el costo total de la atención por consulta médica o atención hospitalaria se incluyen los costos directos (son los recursos necesarios que participan directamente en la producción de las actividades, los cuales son categorizados por departamento) y los costos indirectos (son los recursos originados en los departamentos generales para apoyar a los departamentos intermedios y finales, así como los recursos originados en los departamentos intermedios para apoyar a los departamentos finales, bajo el criterio de prorrateo).

El prorrateo puede realizarse bajo dos criterios, peso específico del departamento (cuando se desconoce la información sobre el volumen de actividades que realiza el departamento general) o por destino de la producción (se identifica el volumen de actividades que realiza cada departamento general e intermedio, así como el destino final de las mismas).¹⁷

La Organización Panamericana de la Salud, en su Manual de Administración Financiera para Gerentes de Salud, recomienda el uso de los recursos financieros en salud, bajo el criterio de eficiencia para poder dar cumplimiento a las demandas de la población. El proceso gerencial debe iniciar con el diagnóstico de la unidad médica, independiente del nivel de atención, el cual permitirá diseñar el plan de acción para los problemas identificados. La estructuración del programa operativo debe cuantificar todos los recursos que serán necesarios para la ejecución del mismo, así como los costos estimados para cada uno de los recursos requeridos, que son la base para la estimación del presupuesto.¹⁸

Por lo anterior existe una estrecha relación entre la programación operativa y la presupuestaria; la primera señala la cantidad de acciones y los recursos requeridos para su ejecución, en tanto que la presupuestaria, determina el monto del recurso económico que se requiere para el pago de los recursos humanos, servicios generales y la compra de bienes necesarios por departamento y servicio de la unidad médica.

Los componentes de la gerencia financiera que dan

soporte económico a los programas de salud, bajo el criterio eficiencia son:

Gestión de ingreso: que permite identificar las nuevas formas de ingreso de financiamiento, para aquellos programas que no cuentan con los recursos suficientes y la maximización de los ya conocidos.

Asignación de recursos: es el proceso mediante el cual los diputados federales aprueban el Presupuesto de Ingresos y Egresos para cada año, en el cual se estipula el monto por dependencia y para cada uno de los programas operativos.

Gestión presupuestaria: es la valoración monetaria del plan de acción y la formulación del presupuesto de operación e inversión.

Contabilidad general: es el registro cuidadoso de los movimientos financieros que se producen en una partida correspondiente, sumando al reglón de gastos el monto utilizado y restando al saldo la misma suma.

Contabilidad de costos: determina el costo de producción de un servicio, como consulta médica, hospitalización o atención de urgencia, que utilizan una serie de elementos para su producción y que tienen un costo específico, de acuerdo al departamento donde se generen.

Fijación de precios: es la determinación del costo de un servicio que permite fijar el precio del mismo para el usuario, adicionando el margen de ganancia. (En los servicios públicos no hay ganancia).

Evaluación financiera: es la integración del proceso financiero con los componentes de la gestión, la cual busca identificar los errores u omisiones, con la finalidad de apoyar el proceso de toma de decisiones. La evaluación se puede realizar a través de la comparación del presupuesto de ingreso con los ingresos efectivos, y de gastos con el nivel de producción alcanzado.

Las unidades hospitalarias deben contar con un sistema de contabilidad, que a través de la técnica de instrumentación produce información cuantitativa expresada en unidades monetarias (UM), con el objeto de generar información primordial para la toma de decisiones en relación con la unidad médica. Uno de los principios contables es el costo, que se refiere al registro de todos los movimientos de bienes y servicios comprados que aparecen en los estados financieros.

El costo de los bienes y servicios producidos se determina a partir de la información de la contabilidad, que provee el valor financiero de los recursos utilizados; el subsistema de control de inventarios, que cuantifica los recursos materiales gastados en un periodo determinado en la prestación de servicios; y los informes estadísticos, que aportan la cantidad de servicios que se brindaron en el establecimiento. Con los datos de estos tres subsistemas se puede determinar el costo promedio de un servicio otorgado como la consulta médica o atención hospitalaria.

El costo "es el valor monetario de los recursos que se utilizan para producir un bien o servicio "la cuantificación del valor financiero de la mano de obra, materiales, equipo y otro, constituyen el costo de las mismas que son necesarios para brindar una prestación sanitaria".¹⁸

El proceso de costeo identifica a los costos en relación a su comportamiento con el volumen producido y su grado de participación, por lo cual se determinan en costos fijos y variables, los primeros son los que se mantienen constantes a pesar de las variaciones de producción (costo del personal médico), los segundos se refieren al volumen de producción, éstos se incrementan o disminuyen proporcionalmente a la cantidad producida (costo de medicamento). De acuerdo al grado de participación de un bien o servicio los costos se clasifican en: directos e indirectos, de acuerdo a los departamentos que intervienen en los productos intermedios o finales.

Los costos directos son aquellos que guardan relación directa con los insumos necesarios para la producción de un servicio, entre los cuales se encuentra el costo de la mano de obra y los materiales consumidos en el proceso. Los costos indirectos son aquellos que "corresponden a la mano de obra y materiales que no pueden ser medidos en cada unidad producida", como son el costo del personal de limpieza, administración, laboratorio etc., y los materiales utilizados por los mismos.

Las instituciones hospitalarias para su buen funcionamiento cuentan con sistemas de información estadísticos, de producción y contables, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el diseño de un sistema de atención médica de segundo nivel como: "conjunto de elementos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organizan por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de calidad adecuada para cubrir

la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles.¹⁹

Por lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud desarrolló un programa de cómputo en un ambiente Windows, Sistema de Información Gerencial (SIG), denominado WinSIG,¹⁹ con la finalidad de mejorar "los procesos de reforma sectorial en la eficiencia con calidad, asignación de recurso con criterios de productividad social, la contención de los costos y el cobro de los servicios"; el WinSIG es una herramienta analítica que brinda información para la toma de decisiones en la gerencia de los sistemas de salud, tiene una doble dimensión como instrumento y como proceso. Como método instrumental permite relacionar los distintos subsistemas de información de la organización, detecta problemas desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa de los servicios y sus costos. Como proceso utiliza componentes instrumentales, que se requieren para la gerencia de los servicios de salud.

Los sistemas de salud deben contar con instrumentos que cuantifiquen resultados de los servicios otorgados, con los criterios de eficiencia (rendimiento de los recursos) y efectividad (impacto de los servicios), con el propósito de relacionar la eficiencia con la calidad y la pertinencia de la producción.

El análisis de los costos es una forma de llegar al mejoramiento de los servicios de salud, no sólo en términos de eficiencia, sino también de eficacia y equidad. El costo de un servicio, refleja la calidad de la atención; el costo directo de un egreso hospitalario o una consulta médica representan los insumos aplicados en el tratamiento de un paciente; y el costo indirecto refleja los procedimientos terapéuticos, diagnósticos de laboratorio y gabinete, administrativos y de otra naturaleza asociados con el tratamiento del paciente; "ambos representan una expresión de la calidad de la atención".

WinSIG ofrece una opción de costeo de la atención del paciente, en primer lugar registra los procedimientos y recursos (personal y materiales) que ha recibido el paciente en su tratamiento, en segundo término permite asociarlos con una tabla de costos que mantiene actualizadas sobre bases permanentes. Los costos que brinda el WinSIG, cumplen el propósito de racionalización institucional, el costeo por paciente o por procedimiento, con relación a los programas de salud.

Los resultados del WinSIG se describen en cuatro apartados: el primero ofrece información general sobre "estructura de cada servicio, la unidad de producción definida para cada uno, la producción, el costo de operación del servicio, el costo unitario y algunos indicadores de rendimiento específico o general". El segundo brinda información de los servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, administrativo y general, incluyendo producción por unidad de los servicios finales. El tercero se refiere a los patrones de dotación, distribución, composición y productividad del recurso humano, separados en servicios finales y servicios complementarios. El cuarto tiene los costos directos e indirectos de cada servicio y de la organización como un todo.¹⁹

1.5.3 Prevalencia y costos de retinopatía diabética

La Organización Panamericana de la Salud estimó que el costo de la atención en diabetes mellitus, en el 2000, fue de 65,000 millones de dólares y el gasto aproximado en cuidados médicos de la retinopatía diabética fue estimado en 267 millones de dólares.²⁰

En el año 2002, existían 140 millones de personas diabéticas, de ellas, 80% padece la forma más frecuente, conocida como diabetes tipo 2. Se estima que entre 20 y 25% (28 a 35 millones) de los diabéticos tipo 2 tienen retinopatía (daños en los vasos sanguíneos de la retina).²⁰

La Encuesta Nacional de Salud en el 2006, reporta datos de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, por diagnóstico médico previo, en los adultos de 7%.²¹ La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, por diagnóstico médico previo, en adultos de 20 años o más, para Veracruz fue de 8.6%, (1.6%) por arriba de la media nacional para el mismo año.²²

En el CEMEV, en el año 2007, se brindaron en el servicio de oftalmología 3,848 consultas de primera vez y subsecuentes, de las cuales 14.7% (567 consultas) fueron por retinopatía diabética (CIE 10, clave E14.3), según los registros de la hoja diaria de consulta externa. El servicio médico de oftalmología fue brindado por seis médicos oftalmólogos, en el turno matutino y vespertino; para el año 2008, se registraron 681 consultas por retinopatía de primera vez y subsecuentes, incremento de 16.7% con relación al año pasado²³ (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Consultas por retinopatía diabética Centro de Especialidades Médica del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" periodo 2003 al 2008.

Clave CIE 10	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de consultas (E14.3)	615	534	498	603	567	681*

*corte al 31 de diciembre del 2008.

Fuente: Sistema de Información de Salud para Población Abierta (SISPA) del servicio de oftalmología del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" en el periodo 2003 al 2008.

1.5.4 Definición de retinopatía diabética de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en su Capítulo VII: Enfermedades del ojo y sus anexos (CIE 10 H36 E10.3 E11.3 E12.3 E13.3 E14.3), define la retinopatía diabética como una "complicación ocular de la **diabetes**, causada por el deterioro de los **vasos sanguíneos** que irrigan la retina del fondo del ojo. El daño de los vasos sanguíneos de la retina puede tener como resultado que éstos sufran una fuga de fluido o **sangre**. Cuando la sangre o líquido que sale de los vasos lesiona o forma tejidos fibrosos en la retina, la imagen enviada al **cerebro** se hace borrosa".²⁴

1.6. Argumentación empírica del problema

1.6.1 Experiencias en el análisis de costos de atención médica

Riande Juárez en 1993, en su trabajo de investigación "Autoevaluación y costo de servicio 1990-1992", en el Hospital General del ISSSTE en Veracruz, refiere la importancia de conocer la manera en cómo se organizan y funcionan las instituciones hospitalarias, para poder identificar la eficiencia de los servicios prestados y sus costos de producción, este ejercicio de análisis permite a los directivos determinar y conocer los costos totales de los servicios y costos unitarios de las actividades.²⁵

Los costos pueden conceptualizarse, con base en el enfoque que se le dé, por su identificación en una actividad, éstos pueden ser costos directos o indirectos, de acuerdo a su comportamiento los costos son, variables, fijos y semifijos y por el control que se tenga de ellos, estos pueden ser controlables o no controlables.

La metodología utilizada para esta investigación, fue la Técnica de Instrumentación, donde se identificaron los

departamentos generales, intermedios y finales del hospital, estuvo dividida en dos etapas, la primera se realizó en el primer bimestre de 1992, la segunda etapa en el segundo bimestre del mismo año, se requirió de la información generada por los subsistemas contable y estadístico, se analizaron las partidas presupuestales de los capítulos 1000 Recursos Humanos, 2000 Materiales y Suministros, 3000 Servicios Generales y 5000 Bienes Muebles e Inmuebles, las partidas presupuestales fueron clasificadas con base en el "clasificador por objeto del gasto de la Subdirección General de Finanzas del ISSSTE" para el año 1992.

Dentro de los resultados obtenidos fueron que la consulta externa de especialidad, en el Hospital General del ISSSTE en Veracruz, tuvo un costo unitario de \$57.50, para el año de 1992, el egreso hospitalario tuvo un costo unitario \$2,027.00, con una estancia promedio de 5.9 días por paciente. El capítulo 1000 Recursos Humanos representó 58.4% del gasto ejercido en el hospital en el año de 1992, a diferencia del año de 1990 que representó 66.2% del gasto ejercido en dicha institución.²⁶

Arredondo, Nájera y Leyva, en 1998, en su artículo "Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios", refieren que cada institución de salud plantea la necesidad de dos líneas de análisis de costos: los costos de producción de los servicios para el proveedor y los costos de búsqueda y obtención del servicio para el consumidor. La investigación se limitó al análisis de costo de servicios ambulatorios (toda demanda de atención médica que no requiere de servicios de hospitalización). El objetivo de su estudio fue "analizar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), en lo relativo a los costos del proceso de búsqueda y obtención de la atención médica ambulatoria en diferentes instituciones del sector público y privado".²⁷

Arredondo y colaboradores, realizaron una adecuación de la clasificación de Mills, el cuál desarrolló una propuesta conceptual para el análisis de costos de los servicios de salud que considera los conceptos de costos directos e indirectos, esta adecuación es debida a que en México existe un costo directo tanto para el proveedor al momento de producir el servicio, como para el consumidor al momento de generar un desembolso económico por el consumo de servicios médicos. Es decir los costos directos también se aplican al consumidor y no sólo al proveedor.

La Clasificación para el análisis de costos directos e indirectos de salud que utilizaron fue:

Costos directos: Incluyen todo costo monetario en que incurre el proveedor en la generación del proceso de atención médica y todo desembolso del consumidor para la obtención de la misma.

Costos indirectos: Incluyen todo costo asociado al tiempo, dinero y esfuerzo, por parte del consumidor, durante la espera, el traslado y el periodo de tratamiento en el proceso de búsqueda y obtención de la atención médica.

Dentro del apartado de metodología, señalan que la información se obtuvo a partir de los indicadores de costos de la atención médica que se notificaron para la población de estudio de la ENSA-II. Los costos para el bolsillo del consumidor fueron la variable dependiente y las independientes, la condición de seguridad social y el ingreso económico. A partir del análisis univariado se eliminaron valores extremos de los costos notificados y mediante el análisis de varianza, se analizaron las diferencias entre los costos promedio por tipo de institución.

Los resultados de esta investigación fueron los siguientes El número estimado de usuarios de servicios fue de 4'683,673; de éstos, 2'951,159 pagaron algún costo por los servicios utilizados. Los costos se estimaron en dólares estadounidenses: transporte, \$2.20; consulta general, \$7.90; las instituciones de Seguridad Social presentaron el menor costo (\$ 0.7) y las instituciones del sector privado el mayor costo (\$20.40). Los medicamentos representan para los usuarios un costo similar al de la atención, el costo varió de acuerdo con los sectores involucrados: para los usuarios en las instituciones de seguridad social fue de \$1.40; los usuarios que acudieron a la SSA pagaron \$9.10, mientras que los del sector privado realizaron un desembolso de \$17.00. El costo promedio total de la atención ambulatoria fue de \$22.70.

Armando Cortés y colaboradores en su investigación "Análisis de costos de la atención médica hospitalaria, experiencia en una clínica privada de nivel II-III", realizado en 1999 en la Clínica Occidente de Tulúa, en Colombia. Tuvieron como objetivo de estudio definir la distribución de los costos fijos y variables para el cuidado médico en una clínica privada de segundo y tercer nivel de atención.²⁸

Definieron los conceptos de costos fijos y costos variables en el nivel hospitalario, El costo total de los servicios médicos incluye gastos hospitalarios y los costos de

operación. Los costos fijos son los que no dependen del volumen de producción y no son recuperados por el hospital si no se presta un servicio en particular, se incluyen entre otros el edificio, equipos y algunos costos de la mano de obra como salarios.²¹

Los costos variables los definieron como aquellos que cambian con el rendimiento y pueden ser ahorrados por el hospital si un servicio no se presta (los medicamentos, reactivos para las pruebas de laboratorio y suministros desechables). A corto plazo, las reducciones en el consumo de un recurso en particular ahorran principalmente los costos variables de un hospital.

La metodología utilizada en la investigación fue la técnica de instrumentación. Todos los costos fueron definidos como fijos y variables. Los costos fijos incluyen capital, salarios de empleados, mantenimiento y depreciación del edificio y equipos, servicios generales como agua, energía, teléfono y administrativos. Los costos variables incluyen las cuotas por prestación de servicio de los médicos a pagar por eventos, el suministro a los trabajadores de la salud como guantes, insumos para el cuidado del paciente, papelería, alimentación, lavandería, esterilización, películas radiográficas, reactivos de laboratorio, medicamentos.

La departamentalización se realizó por cada centro de servicio y centros de apoyo. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que el gasto total en 1999, fue de \$3'267,163 dólares. En general, 21% fue para servicio de apoyo y 79% para los centros de servicio. El total de mano de obra fue \$1'454,530 dólares (44.5%), 23% correspondió a los gastos administrativos y 32.3% a insumos.²¹

Sergio Bautista y colaboradores en su estudio "Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México", examinaron tres subsistemas de salud: la Secretaría de Salud (SSA), los Institutos Mexicanos de Seguridad Social (IMSS/ISSSTE) y los Institutos Nacionales de Salud (INS), la investigación fue realizada del 1° de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001. El objetivo del estudio fue documentar la experiencia mexicana en el tratamiento del VIH/SIDA con la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART), centrándose en los patrones de utilización de los servicios y en los patrones de costos relacionados.²⁹

La metodología de la investigación fue la "técnica de instrumentación", se realizó revisión de expedientes clínicos en diferentes unidades de salud y recolección de datos complementarios relativos a los costos, con

el fin de describir la utilización de los servicios de salud y estimar el costo total de atención de los pacientes adultos. El análisis de los costos incluyó bienes y servicios consumidos en la prestación de atención de salud. Para el cálculo del costo total, se obtuvo de la multiplicación del volumen de los recursos utilizados y el costo unitario correspondiente a cada recurso. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario de costos a nivel de establecimiento, capturados en una base de datos de Excel XP 2002.²²

El apartado de resultados reporta que el costo anual promedio por paciente aumenta notablemente después del inicio de la triple terapia, esto se debe al costo de los medicamentos antirretrovirales (ARV). Estos fármacos constituyen el componente de mayor impacto observado a lo largo del estudio, pero su contribución al costo global aumenta, al inicio de una triple terapia. Antes de HAART, los ARV representan de 35.2 a 59.4% de los costos totales; después de HAART, ese porcentaje se eleva entre 72.7 y 78.3%. El número de consultas ambulatorias aumentó una vez que los pacientes iniciaron triple terapia.²²

Marteau y Perego, en Buenos Aires, Argentina año 2001, en su artículo denominado "Modelo de costos basados en la actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares", tuvieron como objetivo el análisis de costos de la atención médica en consulta externa, en relación con eventos trazadores de enfermedades cardiovasculares de origen isquémico en las instituciones del sector público.³⁰

Reportan que la atención médica no disminuye sino que aumenta y además se diversifica, por lo anterior se introduce el estudio de los costos de los servicios de salud como un indicador del análisis de la eficiencia técnica en la utilización de recursos, entendida como la capacidad para generar servicios de salud bajo la combinación de insumos más efectivos y al menor costo.

En el apartado de metodología se reporta que la investigación, está realizada en el Hospital Zonal General de Agudos San Roque de Gonnet, ubicado en la provincia de Buenos Aires, Argentina, que atiende anualmente a más de 190,000 pacientes, en sus 26 servicios. El periodo investigado fue de abril a octubre de 1998, con una muestra de 7,338 consultas. Los trazadores definidos para este estudio fueron: hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia, se utilizó la referencia propuesta por Kessner y colaboradores, una enfermedad o un evento trazador se definió como aquello que reúne por lo menos tres de los siguientes requisitos:

- Tener un impacto potencial sobre las condiciones de salud dada la prestación de determinado servicio.
- Estar relativamente bien definida y ser de fácil diagnóstico.
- La tasa de prevalencia debe ser lo suficientemente alta para que se puedan recopilar adecuadamente los datos en una población limitada.
- La historia natural de la enfermedad debe variar con la utilización de la atención médica.
- El evento trazador debe permitir que el fenómeno de estudio se visualice mediante su análisis.

El costo de los trazadores y no trazadores se evaluó con la metodología de costo por actividad. Este modelo considera que los productos (consultas de primera vez) no consumen costos, sino actividades para su realización, las actividades son las que consumen recursos o valor de los factores productivos.

La aplicación del modelo se desarrolló en dos fases: en la primera, se asignaron costos a las actividades, de tal forma que las actividades se convierten en el núcleo del modelo. En la segunda fase se asignaron a los productos los costos de las actividades. El mejoramiento de las actividades de atención conllevaría un ahorro en los costos indirectos, equivalente a un porcentaje promedio de 7.11 sobre los productos definidos como consultas por hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes.

El ahorro total en el costo unitario por producto que se produciría si se eliminaran las actividades mencionadas, estaría en el orden de 11.78% para hipertensión arterial, de 13.96% para dislipidemia, de 19.05% para diabetes. El costo unitario total de las consultas en el servicio de Clínica Médica, según el método tradicional, es de \$22.98, valor que en algunos casos está muy por debajo del costo obtenido a partir del método de costo basado por actividad aplicado en este estudio

Armando Arredondo en su estudio "Requerimientos financieros para la demanda de servicios de salud por diabetes e hipertensión en México: 2001-2003", realizado en tres instituciones del Sistema de Salud en México: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. Tuvo como objetivo identificar los requerimientos financieros para producir y financiar los servicios de salud en México por enfermedades crónico-degenerativas: hipertensión y diabetes.³¹

Refiere que el sistema de costeo tomó como base las técnicas de instrumentación y de consenso por manejo de caso promedio. Para estimar la transición epidemiológica, para 2001-2003, se desarrollaron seis modelos probabilísticos con técnica de Box-Jenkins. Para los costos directos de la atención, se identificaron las funciones de producción e insumos por manejo de caso (Variante de Grupos Relacionados por Diagnóstico ajustada para México). Se utilizaron ocho formatos para establecer los costos por tipo de función de producción concentrados en matrices de costeo, por tipo de enfermedad y tipo de institución.

En el apartado de resultados, los costos de manejo de caso por tipo de enfermedad en las tres instituciones, reportan diferencias importantes entre las instituciones de estudio y entre el manejo de casos hospitalarios y casos ambulatorios. El costo de manejo de casos hospitalarios, está en un rango de \$613.71 a \$887.14; el menor costo correspondió a la SSA y el mayor al IMSS. En el manejo de casos ambulatorios, el rango fue de \$38.80 a \$49.76. El costo menor correspondió igualmente a la SSA y el mayor al IMSS. El costo de manejo de pacientes con hipertensión, el rango fue de \$485.14 a \$622.57; el menor costo correspondió para el ISSSTE y el mayor costo, al igual que en el caso de diabetes, correspondió al IMSS (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Costos directos del manejo anual de caso por tipo de enfermedad para las instituciones de la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE en junio del 2000.

Tipo de demanda		SSA	IMSS	ISSSTE
Diabetes	Caso hospitalario	\$5,731.55	\$8,294.76	\$6,283.20
	Caso ambulatorio	484.79	578.11	614.40
Hipertensión	Caso hospitalario	4,536.06	5,821.03	4,522.69
	Caso ambulatorio	362.78	465.26	395.41

Fuente: Arredondo A, et al. Costos y consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico en México. INSP-Universidad de Montreal-International Development Research Centre, 1999. Actualización de Modelos Probabilísticos, Diciembre del 2000.

Las diferencias de costos por manejo de caso, entre las diferentes instituciones del estudio se explicaron por diferencias significativas, tanto en el costo de los insumos como en la manera con que se combinan éstos al momento de producir el servicio.²⁴

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud en el año 2003, realizó

una investigación denominada "Módulo de estimación de costos hospitalarios", tuvo como objetivo general, la estimación de costos promedio de los servicios proporcionados en unidades hospitalarias de segundo nivel de atención. La metodología utilizada para la determinación de los costos promedios fue la técnica de instrumentación, la cual se resume en cuatro etapas:³²

Integración de centros de costos, los servicios administrativos y de atención médica se clasificaron en departamentos generales o de apoyo y departamentos finales o de atención del paciente. Estos centros de costos se conformaron con los recursos humanos, recursos materiales y financieros. Los resultados de estos departamentos son los costos directos.

Distribución de costos indirectos, los costos directos de los departamentos generales o de apoyo se distribuyen en los departamentos finales, bajo los siguientes criterios: destino de la producción de las actividades o proporción de áreas o recursos.

Determinación del costo total del departamento final, el cual se obtuvo de la suma de los costos directos e indirectos derivados de los departamentos generales y de apoyo.

Determinación de costo promedio, el cual se obtuvo de dividir el costo total del departamento final entre el volumen de actividades producidas por el departamento final.

Los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros comparativos de las instituciones participantes, en los hospitales de más de 180 camas censables los costos promedio de consulta externa de especialidad fue de \$331.21, el costo promedio de hospitalización fue en cirugía de \$1,169.00, gineco-obstetricia \$2,984.15, medicina interna,\$2,695.81, pediatría \$2,772.31 (Ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Costo promedio en unidades públicas año 2003.

Centro de costo	Producto	Servicios de Salud del DF*	Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública**	ISSSTE***
Consulta externa general	Consulta	\$56.00	\$53.00	\$210.00
Consulta externa especialidad	Consulta	56.00	106.00	470.00
Hospitalización	Día cama	173.00	160.00	1,170.00
Cirugía	Día cama	173.00	160.00	1,170.00
Gineco-obstetricia	Día cama	173.00	160.00	1,170.00
Medicina interna	Día cama	173.00	160.00	1,170.00
Pediatría	Día cama	173.00	160.00	1,170.00

Fuente: *Tabuladores de cuota de recuperación por servicios médicos 2001. ** Tabuladores de servicios médicos asistenciales 2002. *** Tabulador de cuotas de recuperación de atención médica a paciente no derechohabientes. Junio 2003.

El módulo de estimación de costos cumplió con su objetivo, de determinar los costos de atención médica de segundo nivel de atención, de acuerdo al total de camas censables disponibles por hospital e institución.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, en el año 2005, en su artículo "Los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) para Ajustar los mecanismos de Pago a los Proveedores de los Sistemas de Pago"; refiere en su objetivo principal explicar qué son los GRD, su utilización como mecanismo de pago a los proveedores y las diferencias que existen al desarrollar estos sistemas en los diferentes países. Los GRD son sistemas de clasificación que agrupan a los pacientes en categorías, que describen la utilización de recursos hospitalarios y los

costos de atención médica, fueron desarrollados en los Estados Unidos, en la década de los años setentas en la Universidad Yale, en conjunto con la Administración de Financiamiento del Cuidado de la Salud (Health Care Financing Administration) para identificar variaciones en la atención médica y la utilización hospitalaria.³³

Dentro de la metodología de los GRD se describen cinco tipos de variables: código del diagnóstico (principal, secundario y complicaciones), códigos de procedimientos (quirúrgicos o no quirúrgicos, personal, instalaciones y equipo especiales necesarios), edad (en años o meses), sexo y condición de egreso hospitalario (traslado a otro hospital, cuidados en casa, muerte). Ver Cuadro 4.

Cuadro 4. Ejemplo de Costo y Estancia Promedio en el Hospital utilizando Grupos Relacionados por Diagnóstico

Especialidad	GRD	Descripción	Estancia promedio (días)	Costo promedio
Cirugía general	164	Apendicetomía con diagnóstico principal con complicaciones y comorbilidades	6.6	\$8,207.31*
Cirugía general	165	Apendicetomía con diagnóstico principal sin complicaciones y comorbilidades	3.9	\$5,137.48
Cirugía general	166	Apendicetomía sin diagnóstico principal con complicaciones y comorbilidades	3.1	\$5,010.00
Cirugía general	167	Apendicetomía sin diagnóstico principal sin complicaciones y comorbilidades	2.4	\$3,766.04

*Datos en dólares para el año 2005.

Fuente: elaboración en base a la calculadora de pagos de GRD disponible en: www.tricare.osd.mil

Lo relevante en los resultados de esta investigación, fue que los mecanismos de pagos basados en GRD, en sistemas de salud desde un enfoque administrativo, disminuyen los costos de atención a la salud, debido a la racionalización de los recursos. Existen grandes diferencias entre los países que utilizan GRD, las cuales guardan relación con nivel de descentralización, métodos de pago utilizados y la información disponible.

Reynales, Juárez y Valdés, en el año 2005, en su investigación "Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en

el IMSS, Morelos", tuvo como objetivo estimar los costos de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Morelos, de las enfermedades mayores atribuibles al consumo de tabaco.³⁴

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002), la cual se realizó en población urbana de 12 a 65 años, la prevalencia de fumadores en México es de 26.4% (14 millones de mexicanos fumadores). Anualmente ocurren cerca de 25,383 muertes atribuibles al consumo de tabaco, de las cuales 5,165 son por neoplasia, 9,057 por enfermedades respiratorias, 5,345 por enfermedades cardiovasculares y 5,816 por otras causas médicas.

Para la metodología de esta investigación se utilizó un panel de expertos, quienes elaboraron tres guías diagnósticas, que establecían los requerimientos mínimos necesarios para el diagnóstico. Para el análisis de costos de la atención médica, ésta se agrupó en cinco eventos médicos: atención ambulatoria, de urgencias, hospitalización, quirófano y en unidad especializada. Los costos unitarios se estimaron con base en el modelo contable de "Presupuesto capitado" para el IMSS. Los costos de los materiales y medicamentos se estimaron con los precios de compras consolidadas de la institución, para el año 2001. El costo del recurso humano se calculó con el salario integral anualizado. Los costos de capital se depreciaron y prorrataron de acuerdo con la metodología de costo anual equivalente.

Los resultados obtenidos fueron: costos promedio anuales de atención médica, en el primer y segundo niveles de atención, 79,530 pesos para infarto agudo del miocardio (IAM), 73,303 pesos para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 102,215 pesos para cáncer de pulmón (CP). El costo total anual para la Delegación de Morelos, por estas tres enfermedades asciende a 147'390,688 pesos. Los costos atribuibles al consumo de tabaco corresponden a 124 millones de pesos, lo cual equivale a 7.3% del presupuesto anual de la Delegación.

Marcela Zambrana y colaboradores, en su estudio "Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico", tuvo como objetivo de estudio identificar el gasto hospitalario por sexo y grupo de edad, de la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, cáncer cervicouterino y VIH/SIDA en el IMSS, estimado a partir de los grupos relacionados por diagnósticos (GRD) y sus costos asociados.³⁵

La elección de las patologías se basó en el impacto económico que cada de una de ellas tiene para el Instituto. El costo de atención hospitalaria se estimó a partir de la clasificación de 2,647,749 egresos hospitalarios del 2002. Se utilizó el software agrupador Suite Clinos versión 3.2 (1999/2000), las fuente primarias fueron la hoja de alta hospitalaria y el formato institucional de procedimientos quirúrgicos; se seleccionaron las principales complicaciones, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

El costo de cada GRD se obtuvo multiplicando el peso relativo de cada GRD por costo promedio del egreso hospitalario del IMSS en el 2002, dicho costo fue multiplicado por el número de egresos para obtener el costo total.

En el apartado de resultados, refieren que el gasto total en salud, en el año 2002 para Instituto Mexicano del Seguro Social, fue de \$ 84,875,000.00, el total de egresos hospitalarios agrupados fue de 2,647,749, de los cuales 2,172,937 correspondieron a pacientes de 59 años o menos (82%) y 474,812 a egresos de pacientes de 60 años o más (18%), 6.7% del presupuesto hospitalario se destinó a las cinco patologías investigadas, 42.6% del gasto se ocupó en los pacientes mayores de 60 años y 22.3% en los pacientes de 50 a 59 años. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial en los pacientes mayores de 60 años alcanzaron valores de 55 y 57% del gasto hospitalario respectivamente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Identificación del problema

El Sistema Nacional de Salud, conformado por dependencias federales y locales tanto en el ámbito social y privado, que presten servicios de salud, tiene por objeto dar cumplimiento a la protección de la salud. La atención médica de un paciente inicia al interactuar con el médico de quien demanda un servicio, este servicio puede ser brindado en forma privada o pública, los hospitales de los Servicios de Salud de Veracruz, otorgan servicios de especialidad, donde los costos de operación varían de acuerdo a su infraestructura hospitalaria y al servicio que brindan.

El Centro de Especialidades Médicas de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" es un hospital de alta especialidad con 196 camas censables, cuenta con los sistemas de información necesarios para determinar costos de operación por

servicio, sin embargo, estos sistemas de información se encuentran subutilizados, es importante conocer los recursos con que cuenta la institución, ya que estos recursos son finitos, existe un vacío de análisis de costos de operación en este hospital.

2.1.1 Magnitud

La Organización Panamericana de la Salud en su estudio realizado en el estado de Veracruz Proyecto Veracruz para el mejoramiento de la Atención de la diabetes (VIDA) refiere que el monitoreo de la calidad de la atención médica, en México en el año 2000, indica que 66% de las personas con diabetes tenían un control metabólico inadecuado.³⁶

La diabetes mellitus es un problema de salud pública a nivel mundial, los gobiernos de los distintos países, están implementando políticas públicas en salud para disminuir la incidencia de esta enfermedad. En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud en el 2006, la prevalencia de diabetes, por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue de 7%.³⁷ La prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo, en adultos de 20 años o más para Veracruz fue de 8.6%, porcentaje por arriba de la media nacional para el mismo año.³⁸

La Organización Panamericana de la Salud, en el 2002, refiere una prevalencia de diabetes mellitus de 140 millones de personas, de las cuales, 80% padece diabetes mellitus tipo 2. Se estima que entre 20 y 25% (28 a 35 millones) de los diabéticos tipo 2 tiene retinopatía diabética (daños en los vasos sanguíneos de la retina).²⁰

La Guía para el tratamiento de la retinopatía diabética en Australia, refiere que entre 25 a 44% de la población australiana con diabetes desarrollará retinopatía secundaria a la diabetes en algún momento de la historia natural de la enfermedad. Un estudio de meta análisis basado en los datos de ocho estudios de población con diabetes refiere una prevalencia de retinopatía diabética del 40%.³⁹

2.1.2 Trascendencia

Arredondo refiere que las diferencias de costos de atención médica, para los padecimientos no transmisibles como la diabetes mellitus, entre las diferentes instituciones que conforman el sistema de salud mexicano, se explican por las diferencias significativas, tanto en el costo de los insumos como en la manera con que se combinan

éstos al momento de producir el servicio, lo que impacta directamente en el presupuesto asignado a cada institución de salud.³¹

2.1.3 Vulnerabilidad

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, estima que de cada 100 diabéticos 2 a 5 desarrollan ceguera secundaria a retinopatía diabética.⁴⁰ La pérdida de la visión por retinopatía, en la población mayor de 20 años económicamente activa, como resultado de la complicación de un padecimiento crónico degenerativo, como la diabetes mellitus tipo 2, se puede evitar, si se lleva el control metabólico adecuadamente.³⁶

2.1.4 Justificación

La Organización Panamericana de la Salud, estimó que el costo de diabetes en el año 2000, fue de 65,000 millones de dólares y el gasto aproximado en cuidados médicos de la retinopatía diabética fue estimado en 267 millones de dólares.²⁰

En virtud de que en nuestro país, la principal complicación de la diabetes mellitus a nivel microvascular es la retinopatía diabética y que, a su vez, es la principal causa de invalidez visual en el adulto, con un costo de atención médica, a nivel institucional en la Asociación para Evitar la Ceguera en México (APEC), de \$26,650.00 por paciente y con un costo de atención a nivel privado de \$75,200.00, (se desconoce si la estimación de costos, fue realizada con técnica de instrumentación), datos referidos por el Dr. Morales Cantón, Jefe del Servicio de Retina, APEC,⁴¹ por lo anterior resulta fundamental conocer los costos que representan dicha enfermedad para los Servicios de Salud de Veracruz.

En los SESVER existe un vacío sobre el análisis de costos de atención médica en sus unidades de salud y en particular, por retinopatía asociada a la diabetes mellitus, en específico a nivel hospitalario, donde se brinda el tratamiento curativo; de los 52 hospitales de la entidad que se encuentran a cargo de esta institución, únicamente los hospitales regionales o de alta especialidad, son los que cuentan con el servicio de oftalmología.

En la capital del estado existen dos hospitales que brindan dicho servicio oftalmológico, el Hospital Regional "Dr. Luis F. Nachón" y el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", este último fue seleccionado para la realización de esta investigación,

debido a que es el hospital que reporta anualmente en números absolutos, el mayor número de consultas por diagnóstico específico de retinopatía diabética, además de contar con la sistematización de información requerida para la metodología de la técnica de instrumentación, que determina los costos de atención por consulta externa y atención hospitalaria ambulatoria.

Los resultados de esta investigación permitirán realizar un análisis de costos en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", los cuales a su vez permitirán una planeación adecuada, por parte de los tomadores de decisión para los programas operativos de dicho hospital, por todo lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los costos de la atención médica en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", y cuáles los costos de atención por retinopatía, asociada a la diabetes mellitus tipo 2, en el año 2008?

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Determinar el costo de los servicios de atención médica, en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", y en particular el costo de la atención médica por retinopatía diabética, en el 2008.

3.2 Objetivos específicos

Determinar el costo de la consulta externa por especialidad médica.

Determinar el costo por egreso hospitalario, por especialidad médica,

Determinar el costo de atención médica del servicio de urgencia.

Determinar el costo por consulta médica oftalmológica por retinopatía diabética.

Determinar el costo de atención hospitalaria ambulatoria por retinopatía diabética.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma de investigación

La presente investigación se ubica dentro del paradigma cuantitativo⁴², se pretende determinar los costos de atención de consulta externa oftalmológica y atención ambulatoria hospitalaria por retinopatía diabética, los Sistemas de Información Gerencial son una herramienta analítica que brinda información, desde la perspectiva cuantitativa de los servicios y sus costos. Los sistemas de salud deben contar con instrumentos que cuantifiquen resultados de los servicios otorgados, con los criterios de eficiencia y efectividad.

4.2 Diseño de investigación

Se plantea realizar un estudio observacional, ya que no existe un control directo del fenómeno en estudio, así como por la postura del investigador que guarda relación con la observación, medición y análisis de las variables a estudiar.⁴³ En función del problema que se aborda, es un estudio descriptivo, ya que se busca especificar las propiedades importantes del fenómeno sometido a análisis, lo que permitirá medir o evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a estudiar.⁴⁴ Según el periodo y secuencia del estudio es transversal, se realizará una sola determinación de las variables de estudio.⁴⁵

Esta investigación se realizará en dos etapas, en la primera se determinarán los costos directos, indirectos y totales, de todas las unidades administrativas del hospital, para los costos directos únicamente se tomará en cuenta el capítulo 1000 Recursos Humanos, capítulo 2000 Materiales y Suministros y capítulo 3000 Servicios Generales, no se considerarán los capítulos 5000 Bienes Muebles e Inmuebles y 6000 Obras Públicas, ni la depreciación de mobiliario, equipo, instrumental e inmueble. Se identificarán los atributos de los instrumentos y actividades de los departamentos finales, de consulta externa de especialidad, hospitalización y consulta de urgencias.

En la segunda etapa con la identificación de instrumentos y actividades, se determinará el costo unitario de la consulta externa de oftalmología por retinopatía diabética, así como el costo unitario del tratamiento ambulatorio con fotocoagulación láser.

4.2.1 Universo

El Centro de Especialidades Médicas del Estado

de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", cuenta con 42 especialidades, las cuales se agruparon en seis apartados que son: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y por ser el CEMEV un hospital que brinda servicio de urgencias, se toma por separado, la especialidad de Traumatología y Ortopedia, así como el rubro denominado Otras Consultas (consulta a trabajadores del hospital y convenios).

En hospitalización, consulta externa y consulta de urgencias, la especialidad de Medicina Interna, abarca las siguientes subespecialidades: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Enfermedades Metabólicas, Epidemiología, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Inmunología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Nefrología, Psicología y Reumatología.

La especialidad de Cirugía abarca las siguientes subespecialidades: Angiología, Cirugía de Corazón, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Odontológica, Cirugía Reconstructiva, Cirugía de Trasplante, Coloproctología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortodoncia, Otoneurología, Otorrinolaringología, Urología.

La especialidad de Pediatría abarca las siguientes subespecialidades: Cardiología, Neuropediatría, Odontopediatría, Hematología, Pediatría Médica, Pediatría Quirúrgica.

La especialidad de Traumatología y Ortopedia, así como la de Ginecología y obstetricia no se subdividen. En el rubro de Otras Consultas, se encuentra la Consulta General a trabajadores, Nutrición, Clínica de CAPASITS y el servicio de Anatomía Patología.

Total de consultas de primera vez y subsecuentes, otorgadas por los diferentes servicios de especialidad médica en consulta externa, en el CEMEV, del 1° de enero al 31 de diciembre 2008.

Total de egresos hospitalarios, de los diferentes servicios de especialidad médica, en el CEMEV, del 1° de enero al 31 de diciembre 2008.

Total de atenciones médicas de urgencia otorgadas, en el CEMEV, del 1° de enero al 31 de diciembre 2008.

Total de consultas de primera vez y subsecuentes, del servicio de oftalmología y atenciones hospitalarias ambulatorias por retinopatía diabética, otorgada en el CEMEV del 1 de enero al 31 de diciembre 2008.

4.2.2 Universo temporal

Análisis de la información de los costos directos, indirectos y totales que se generaron en todas las unidades administrativas del CEMEV, del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2008. Análisis de los instrumentos y actividades de los departamentos finales de hospitalización, consulta externa de especialidad y consulta de urgencias.

Análisis de la información de los costos directos, indirectos y totales que se generaron en el servicio de oftalmología por retinopatía diabética, en el CEMEV, del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2008. Análisis de los Instrumentos y actividades del servicio del departamento final de oftalmología.

4.2.3. Criterios de exclusión para retinopatía diabética

Consulta oftalmológica de primera vez y subsecuente, por retinopatía diabética, con error de clasificación y captura estadística de acuerdo a CIE 10.

Atención hospitalaria por cirugía ambulatoria por retinopatía diabética, con error de clasificación y captura de acuerdo a CIE 10.

4.3. Variables y definiciones

Costo por consulta médica de especialidad.

Costo por egreso hospitalario.

Costo por atención de urgencia.

Costo por consulta médica oftalmológica por retinopatía diabética.

Costo por atención hospitalaria ambulatoria por retinopatía diabética.

Tabla 1. Variable costo por consulta médica de especialidad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Instrumento	Indicador
Costo por consulta médica de especialidad	Costo de atención de consulta médica de especialidad, a través de los recursos consumidos para la producción del servicio (costos directos e indirectos).	Costo directo, que resulta de la suma del pago de recurso humano, capítulo 1000, recursos materiales, capítulo 2000 y pago de servicios generales capítulo 3000, por departamento general, intermedio y final.	Sistema de información local de actividades del CEMEV de los servicios de especialidad en el año 2008. Sistema de información local administrativa y contable del CEMEV del año 2008 Sistema de información del departamento de estadística, de los servicios de especialidad en el año 2008.	Cédula de concentración de información de costos directos e indirectos, por departamento general, intermedio y final en el CEMEV	Costo total del departamento final que realiza la actividad entre el total de actividades generadas por ese departamento. Costo promedio de consulta médica de especialidad Atributos de los instrumentos y las actividades
		Costo indirecto, que resulta de la suma de los costos indirectos generados en los departamentos generales más los costos indirectos generados en los departamentos intermedios, que son atribuibles a los departamentos finales por criterio de prorrateo (peso específico del departamento para departamentos generales a intermedios y destino de la producción, para departamentos intermedios a finales)			
		Costo total, que resulta de la suma de los costos directos y costos indirectos del departamento final en el año 2008.			

Tabla 2. Variable costo por egreso hospitalario

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Instrumento	Indicador
Costo por egreso hospitalario	Costo por egreso hospitalario, a través de los recursos consumidos para la producción del servicio (costos directos e indirectos).	Costo directo, que resulta de la suma del pago de recurso humano, capítulo 1000, recursos materiales, capítulo 2000 y pago de servicios generales capítulo 3000, por departamento general, intermedio y final.	Sistema de información local de actividades del CEMEV egreso hospitalario del año 2008. Sistema de información local administrativa y contable del CEMEV del año 2008	Cédula de concentración de información de costos directos e indirectos, por departamento general, intermedio y final en el CEMEV	Costo total del departamento final que realiza la actividad entre el total de actividades generadas por ese departamento. Costo promedio por egreso hospitalario Atributos de los instrumentos y las actividades
		Costo indirecto, que resulta de la suma de los costos indirectos generados en los departamentos generales más los costos indirectos generados en los departamentos intermedios, que son atribuibles a los departamentos finales por criterio de prorrateo (peso específico del departamento para departamentos generales a intermedios y destino de la producción, para departamentos intermedios a finales)	Sistema de información del departamento de estadística, egreso hospitalario en el año 2008.		
		Costo total, que resulta de la suma de los costos directos y costos indirectos del departamento final en el año 2008.			

Fuente: Ladrón de Guevara, E. Técnica de instrumentación 2007.

Tabla 3. Variable costo por atención de urgencia

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Instrumento	Indicador
Costo por atención de urgencia	Costo por atención de urgencia, a través de los recursos consumidos para la producción del servicio (costos directos e indirectos).	Costo directo, que resulta de la suma del pago de recurso humano, capítulo 1000, recursos materiales, capítulo 2000 y pago de servicios generales capítulo 3000, por departamento general, intermedio y final.	Sistema de información local de actividades del CEMEV del servicio de urgencias en el año 2008. Sistema de información local administrativa y contable del CEMEV del año 2008 Sistema de información del departamento de estadística, del servicio de urgencias en el año 2008.	Cédula de concentración de información de costos directos e indirectos, por departamento general, intermedio y final en el CEMEV	Costo total del departamento final que realiza la actividad entre el total de actividades generadas por ese departamento. Costo promedio por atención de urgencia Atributos de los instrumentos y las actividades
		Costo indirecto, que resulta de la suma de los costos indirectos generados en los departamentos generales más los costos indirectos generados en los departamentos intermedios, que son atribuibles a los departamentos finales por criterio de prorrateo (peso específico del departamento para departamentos generales a intermedios y destino de la producción, para departamentos intermedios a finales)			
		Costo total, que resulta de la suma de los costos directos y costos indirectos del departamento final en el año 2008.			

Fuente: Ladrón de Guevara, E. Técnica de instrumentación 2007.

Tabla 4. Variable costo por consulta médica oftalmológica por retinopatía diabética

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Instrumento	Indicador
Costo por consulta médica oftalmológica por retinopatía diabética	Costo de atención de consulta médica oftalmológica, a través de los recursos consumidos para la producción del servicio (costos directos e indirectos).	Costo directo, que resulta de la suma del pago de recurso humano, capítulo 1000, recursos materiales, capítulo 2000 y pago de servicios generales capítulo 3000, por departamento general, intermedio y final.	Sistema de información local de actividades del CEMEV del servicio de oftalmología en año 2008. Sistema de información local administrativa y contable del CEMEV del año 2008 Sistema de información del departamento de estadística, del servicio de oftalmología en año 2008.	Cédula de concentración de información de costos directos e indirectos, por departamento general, intermedio y final en el CEMEV	Costo total del departamento final que realiza la actividad entre el total de actividades generadas por ese departamento. Costo promedio por consulta médica oftalmológica por retinopatía diabética.
		Costo indirecto, que resulta de la suma de los costos indirectos generados en los departamentos generales más los costos indirectos generados en los departamentos intermedios, que son atribuibles a los departamentos finales por criterio de prorrateo (peso específico del departamento para departamentos generales a intermedios y destino de la producción, para departamentos intermedios a finales)			
		Costo total, que resulta de la suma de los costos directos y costos indirectos del departamento final en el año 2008.			

Fuente: Ladrón de Guevara, E. Técnica de instrumentación 2007.

Tabla 5. Variable costo por atención hospitalaria ambulatoria por retinopatía diabética

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Fuente	Instrumento	Indicador
Costo por atención hospitalaria ambulatoria por retinopatía diabética	Costo de atención hospitalaria ambulatoria oftalmológica, a través de los recursos consumidos para la producción del servicio (costos directos e indirectos).	Costo directo, que resulta de la suma del pago de recurso humano, capítulo 1000, recursos materiales, capítulo 2000 y pago de servicios generales capítulo 3000, por departamento general, intermedio y final.	Sistema de información local de actividades del CEMEY del servicio de oftalmología en año 2008. Sistema de información local administrativa y contable del CEMEY del año 2008. Sistema de información del departamento de estadística, del servicio de oftalmología en año 2008.	Cédula de concentración de información de costos directos e indirectos, por departamento general, intermedio y final en el CEMEY	Costo total del departamento final que realiza la actividad entre el total de actividades generadas por ese departamento. Costo promedio por atención hospitalaria ambulatoria por retinopatía diabética
		Costo indirecto, que resulta de la suma de los costos indirectos generados en los departamentos generales más los costos indirectos generados en los departamentos intermedios, que son atribuibles a los departamentos finales por criterio de prorrateo (peso específico del departamento para departamentos generales a intermedios y destino de la producción, para departamentos intermedios a finales)			
		Costo total, que resulta de la suma de los costos directos y costos indirectos del departamento final en el año 2008.			

Fuente: Ladrón de Guevara, E. *Técnica de instrumentación 2007*.

4.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de información

4.4.1 Técnicas e instrumentos para recolección de datos

Para la presente investigación una de las técnicas a utilizarse es la observación del entorno del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", la información obtenida será redactada en notas de campo, se registrarán los eventos más relevantes durante la investigación cotidiana, otra de las técnicas es la revisión documental⁴⁶, se utilizarán cédulas de acopio y concentración de datos, las cuales se aplicarán en todos los departamentos que participan en la producción del servicio de atención médica, egreso hospitalario, consulta de urgencia, consulta de oftalmología y la atención hospitalaria ambulatoria en el CEMEY (Se aplicarán directamente en cada departamento o indirectamente a través de los sistema de información).

Los instrumentos que se utilizarán son cédulas de concentración de datos, la primera fase consiste en identificar los departamentos generales, intermedios y finales del CEMEY, se procederá a recabar la información de las actividades y recursos consumidos para la prestación del servicio de consulta externa, egreso hospitalario y atención de urgencia, la información se tomará de los siguientes sistemas:

Sistema de información local de actividades del CEMEY, del servicio de oftalmología en el año 2008.

Sistema de información local contable y administrativo del CEMEY, del año 2008.

Sistema de información del departamento de estadística del CEMEY, en el año 2008.

Se organizará la información financiera en función de los conceptos de los capítulos 1000 de Recursos Humanos, 2000 de Materiales y Suministros y 3000 Servicios Generales, así como la información de las actividades de cada uno de los departamentos generales, intermedios y finales. Como se mencionó en páginas anteriores.

La cédula de acopio para el capítulo 1000 de recursos humanos, contiene el escudo del CEMEV y del Instituto de Salud Pública, ficha de identificación, apartados para el nombre del trabajador, función que realiza, área de gestión, turno, total de percepciones, horas al mes y rol de horas asignadas al departamento. La cédula de acopio para el capítulo 2000 de materiales y suministros, contiene el escudo del CEMEV y del Instituto de Salud Pública, ficha de identificación con los siguientes apartados por partida presupuestal, para cada uno de los servicios del hospital, 210-2504 medicamentos y productos farmacéuticos, 215-2505 materiales y accesorios médico quirúrgicos, 220-2502 reactivos, 225-206 placas de rayos x, 230-2506 suministro de laboratorio, 245-2101 útiles de oficina, 250-2106 impresión y reproducción, 255-2202 alimentación de personas, 265-2401 material de construcción, 270-2701 vestuarios y textiles, 280-2102 materiales y suministros, 275-2603 combustibles y lubricantes. La cédula de acopio para el capítulo 3000 de servicios generales, contiene el escudo del CEMEV y del Instituto de Salud Pública, ficha de identificación con los siguientes apartados por partida presupuestal, para cada uno de los servicios del hospital, 320-3403 servicios y comisiones bancarias, 305-3102/03/06707 servicios básicos, 325-3501/02/03/04 servicios de mantenimiento y conservación, 335-3701 subrogaciones

Las cédulas de concentración de actividades de los servicios intermedios, de estadística, anestesiología y quirófano, Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), estudios de anatomía patológica, laboratorio clínico, banco de sangre, radio diagnóstico, contiene el escudo del CEMEV y del Instituto de Salud Pública, ficha de identificación, donde se registrarán por servicio específico las actividades realizadas al término de cada mes.

4.4.2 Validación de los instrumentos

Las cédulas de recolección de la información tienen validez de constructo ya que para alcanzar ésta se partió de definir los objetivos, los cuales fueron transformados en variables con definiciones conceptuales y operacionales. La validación del instrumento, se realizó en las clases de Gestión del Conocimiento III, con los académicos del área disciplinar de Administración de Servicios de Salud del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y la tutora de tesis.

Para la validación de contenido se realizó una prueba piloto en el Centro de Especialidades Médicas del estado

de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", con la información final de las actividades del mes de enero del año 2008.

Para la realización de la prueba piloto se requirieron doce días hábiles, los cuales iniciaron el día 02 de marzo del presente año, una de las actividades principales fue la entrevista con el Director del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" (CEMEV), donde se contó con la presencia de la Directora de tesis y el asesor externo, se explicó el proyecto de investigación haciendo mención del antecedente de la misma, ante la administración pasada. El Director del Hospital mostró especial interés al proyecto, girando una circular a todos los jefes de servicios del área médica y administrativa, para brindar las facilidades necesarias para la realización de este estudio.

Una de las actividades principales fue la instalación de WinSIG en laptop con Windows Vista, el equipo de cómputo no permitió la instalación satisfactoria del software, se procedió a instalar en equipo de cómputo de escritorio con Windows XP, permitiendo instalar correctamente el software WinSIG Versión 1, se corrió el programa para verificar su correcta instalación. Este programa de cómputo WinSIG, servirá para la captura y procesamiento de la información.

Con la finalidad de obtener la información del mes de enero del 2008, de los capítulos 1000 Recursos Humanos, capítulo 2000 Materiales y Suministros y 3000 Servicios Generales, se visitaron los servicios de Archivo Clínico, Estadística, Recursos Humanos y de Abastecimientos. En el servicio de Archivo Clínico, se realizó la captura y concentrado de toda la información de las actividades realizadas en los diferentes servicios del hospital.

En entrevista con la jefa del servicio de Recursos Humanos, se obtuvo la información impresa de la plantilla de personal del CEMEV, del mes de abril de 2007, con los nombres de los trabajadores, tipo de contratación, área asignada a laborar, rol de actividades dividido en horas durante el día, así mismo se obtuvo en archivo electrónico la última actualización de la plantilla de personal del mes de octubre del año 2007, se cotejaron y compararon ambas plantillas, no existen diferencias significativas. En los meses de noviembre y diciembre son pocas las contrataciones realizadas, éstas se debieron a los periodos vacacionales ya contemplados y autorizados durante el año, el pago de honorarios por suplencias es a "quincena caída". En entrevista con la jefa de nóminas, refiere que son pocos los trabajadores que tienen permiso con goce de sueldo, como ejemplo

menciona que a la fecha se reincorporaron a la institución cuatro trabajadores y salieron de permiso dos.

El servicio de Abastecimiento hace entrega de información en archivo electrónico, del gasto ejercido en el mes de enero del 2008, por servicio y partida presupuestal. Dos de los departamentos intermedios principales que apoyan a los departamentos finales de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias son: Laboratorio Clínico y de Imagenología. El primero tuvo una producción mayor al millón de estudios de laboratorio durante el año 2008. El segundo tiene una producción de más de 40,000 estudios de radiológicos por año.

Una vez obtenida la información de actividades de los distintos servicios del hospital, se procedió al registro en las cédulas de acopio correspondiente, para su posterior captura, el CEMEV en noviembre del 2007, dejó de registrar información de actividades en formatos WinSIG, cabe hacer mención que el único servicio que sigue entregando información, en formatos WinSIG, es trabajo social.

Durante el proceso de captura en base de datos WinSIG, el día 16 de marzo del presente año, se tuvo problema con el procedimiento de respaldo de información, en lo referente a los egresos hospitalarios, consultas y días cama ocupados, datos necesarios para poder obtener los costos unitarios. En el procedimiento de resultados que brinda el software, sólo se obtenían los costos totales por servicio, el programa no permitía exportar la información a hoja de cálculo, los costos unitarios por egreso hospitalario, consulta por especialidad y atención de urgencia se obtuvieron mediante el procedimiento manual, de dividir el costo total del servicio entre el total de las actividades realizadas.

Dentro de los resultados obtenidos, como se muestra en el cuadro No. 5, el costo total del CEMEV por egreso hospitalario fue \$9'390,942.28, donde el servicio de medicina interna obtuvo el mayor costo unitario por egreso hospitalario con \$12,214.76 por egreso, seguido del servicio de pediatría con un costo unitario de \$12,125.18. El costo total de la consulta externa del CEMEV fue de \$1'901,122.30, donde el servicio con mayor costo unitario por consulta fue el referido al rubro de otras consultas (consultas otorgadas a trabajadores del CEMEV), con un costo de \$1,117.88, seguido por el servicio de traumatología con un costo unitario de \$894.39. El servicio de consulta de urgencia tuvo un costo unitario por consulta de \$263.64.

Cuadro 5. Costos de atención médica en el Centro de Especialidades Médica del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio" enero del 2008

Hospitalización			
Servicio	Egresos	Costo total	Costo unitario
Medicina Interna	115	1'404,696.97	12,214.76
Cirugía	243	1'829,525.63	7,528.91
Traumatología	71	691,274.46	9,736.26
Gineco-obstetricia	495	2'200,847.64	4,446.16
Pediatría	167	2'024,904.26	12,125.18
Área Privada	152	1'239,693.32	8,155.88
Total	1243	9'390,942.28	7,555.06
Consulta externa			
Servicio	Consultas	Costo total	Costo unitario
Medicina Interna	2299	\$186,283.02	\$81.03
Cirugía	2281	218,267.11	95.69
Traumatología	160	143,102.22	894.39
Gineco-obstetricia	1043	248,905.05	238.64
Pediatría	568	186,784.40	328.85
Otras consultas	821	917,780.50	1,117.88
Total	7172	1'901,122.30	265.08
Consulta de urgencias			
Servicio	Consultas	Costo total	Costo unitario
Urgencias	4182	\$1'102,534.64	\$263.64

Fuente: Informes finales del mes de enero del 2008, del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio"

Dentro de los problemas a destacar de la prueba piloto, fueron los referentes al respaldo de la información en base de datos, para lo cual se requirió de apoyo por parte del servicio de sistemas y de archivo clínico, quienes son los que llevaban información WinSIG, en la pasada administración estatal, otra de las problemáticas fue en los servicios donde la información final se encontró concentrada, se tuvo que desagregar por servicio y área de atención, para el registro correcto en cédulas de acopio.

Con los resultados de la prueba piloto se cumplieron las actividades planeadas para captura y procesamiento de información, así como la validación de las cédulas de acopio, ya que por medio del registro de las actividades de los diferentes servicios, la captura de la información en el programa WinSIG y los resultados de la prueba piloto dan respuesta parcial a las variables de investigación.

4.3.4 Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información

Para la etapa de recolección de información y captura de la misma, se requerirán 30 días hábiles, debido que

la información necesaria para esta investigación, se encuentra en el informe anual de varios servicios, es necesario revisar las fuentes primarias para el desglose de los datos requeridos.

Para la recolección de información del Capítulo 1000 Recursos Humanos, que hace referencia al pago de honorarios del personal que labora en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", se visitará el departamento del mismo nombre en dicho hospital para la búsqueda de la información referente a las percepciones del personal de base, contratos y suplencias sin deducciones, para el año 2008, así como la plantilla de personal, con nombres de trabajadores, tipo de contratación, área asignada a laborar, rol de actividades dividido en horas durante el día.

Esta última información es necesaria para calcular los costos de atención hospitalaria, el personal que labora en el hospital realiza distintas actividades en diferentes departamentos y/o servicios durante su jornada de trabajo, como ejemplo de ello, el personal médico destina ciertas horas de su jornada a la consulta externa, hospitalización y enseñanza, esta división de la jornada de trabajo en horas, es requerida para la construcción del instrumento hora/médico.

Para la obtención de los datos referentes al Capítulo 2000 Materiales y Suministros, se requerirá de la información del gasto ejercido en el año 2008, por servicio y partida presupuestal, los departamentos que controlan esta información son: contabilidad, abastecimientos, almacén, farmacia, nutrición y servicios generales. El registro del gasto en las cedulas de acopio, se realizará con base al Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública, del 01 de febrero del 2008⁴⁷.

Para la obtención de los datos referentes al Capítulo 3000 Servicios Generales, se requerirá información del gasto ejercido en el año 2008, por servicio y partida presupuestal, esta información se localiza en el departamento de contabilidad. El registro del gasto en las cedulas de acopio, se realizará con base al Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública, del 01 de febrero del 2008.⁴⁷ (

En el departamento de Archivo Clínico y Estadística del hospital, se realiza el concentrado y captura de información de las actividades realizadas en los diferentes servicios, cada mes se presenta esta información en Power Point a todos los jefes de servicio médico y administrativo

para su conocimiento. Se revisarán las presentaciones de la información mes por mes, así como la presentación del informe anual del año 2008.

De los reportes mensuales de información estadística, se obtendrá la productividad de los departamentos finales del hospital, en el servicio de hospitalización conformado por las especialidades médicas de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y la atención en Área Privada, se obtendrán los datos referentes al egreso hospitalario por servicio, cirugías realizadas por servicio y los días cama ocupados. En consulta externa se obtendrá el total de consultas otorgadas por especialidad médica de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y las catalogadas como Otras Consultas (consultas a personal del CEMEV y pacientes con convenios). En el servicio de Urgencias se obtuvo el total de consultas otorgadas en el año 2008.

En los departamentos intermedios que apoyan a los departamentos finales de hospitalización, consulta externa y urgencias, se obtendrá la información de productividad por destino de producción, en varios servicios la información se encuentra en reportes anuales, por tal hecho, se tendrán que capturar los datos estadísticos en hoja de cálculo de Windows Excel 2007, en el servicio de Imagenología con base en el reporte del mes de enero 2008, se determinó el porcentaje de estudios realizados por servicio, en el servicio de CEYE, con base al reporte del mes de marzo 2009, se determinó el porcentaje de paquetes solicitados por servicio, cabe señalar que este servicio da salida a sus insumos a través de vales, los cuales no son registrados cotidianamente.

En el servicio de Patología, con los datos estadísticos anuales y el apoyo del departamento de Sistemas, se determinó el porcentaje de estudios solicitados por servicio, en el servicio de Lavandería, con base a los reportes mensuales 2008, el número de kilos de ropa lavada por servicio, en el servicio de Transportes, se con base a los reportes mensuales 2008, el porcentaje de kilómetros por servicio que lo utilizó.

Para los datos estadísticos de Retinopatía, asociada a la diabetes mellitus tipo 2, se obtendrán de la hoja diaria de consulta externa y los reportes mensuales del año 2008.

Con la información recabada de todo el hospital, de los Capítulos 1000 Recursos Humanos, Capítulo 2000 Materiales y Suministros, Capítulo 3000 Servicios

Generales y el volumen de producción de los diferentes departamentos generales, intermedios y finales, se procederá a la captura de datos en WinSIG versión 1, obteniéndose así los costos promedio de atención por egreso hospitalario, consulta externa de especialidad, consulta de urgencia y el costo promedio por cirugía, estudio de laboratorio, rayos X, ultrasonido, tomografía, ración de alimento, etc.

4.3.4.2 Indicadores para la descripción

Para la descripción de los costos de atención por egreso hospitalario, consulta externa y consulta de urgencia, se utilizarán los costos directos, costos indirectos y costo total por servicio, con base al gasto ejercido para los capítulos 1000 Recursos Humanos, 2000 Materiales y Suministros y 3000 Servicios Generales, en el año 2008.

Para la evaluación del volumen de producción del egreso hospitalario, consulta externa, consulta de urgencia, examen de laboratorio y estudios radiológicos, se utilizarán los "Indicadores y Valores Estándar para la Evaluación de los Servicios de Salud", del año 1995,⁴⁸. El CEMEV cuenta con indicadores de evaluación, que fueron adecuados al interior del hospital por el proceso de certificación que se tuvo en el año 2008.

Otros de los indicadores utilizados para el análisis del egreso hospitalario, son el Índice de ocupación, promedio día estancia, el indicador recurso cama en función del índice de ocupación y del promedio de día estancia, con base el software WinSIG, versión 1.

4.3.4.3 Indicadores para el análisis

Para esta investigación el plan de análisis estadístico se realizará con medidas de tendencia central, la media aritmética o también llamada promedio o promedio aritmético, se utilizará en las distribuciones donde exista simetría en los valores por resumir, el análisis de los resultados permitirá describir el comportamiento del fenómeno en estudio y realizar comparaciones estadísticas de orden cuantitativo. Esta prueba estadística se eligió, por la relación existente con el tipo de diseño de esta investigación, en los estudios descriptivos interesa resumir la información y resaltar los datos sobresalientes de estudio.⁴⁹

La información se organizará, a partir de la determinación de los costos totales de los servicios finales de consulta externa, hospitalización y urgencias entre el número total

de actividades otorgadas, el análisis de los datos obtenidos se realizará con medidas de tendencia central Promedios (costo promedio por consulta médica de especialidad, costo promedio por egreso hospitalario, costo promedio por atención de urgencia, costo promedio por consulta médica oftalmológica por retinopatía diabética, costo promedio por atención hospitalaria ambulatoria por retinopatía diabética).

Otros de los indicadores que se utilizarán para el análisis serán los atributos de los instrumentos (identificación, volumen, composición, costo unitario y grado de utilización) y de las actividades (identificación, cantidad, costo total, costo unitario y duración) de los departamentos finales de consulta externa, egreso hospitalario y consulta de urgencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio". (Consultado 2008 Oct. 02). Disponible en: <http://www.cemev.gob.mx/>
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vigente al 03 de octubre del 2008. (Consultado 2008 Oct. 02). Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>
3. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 18-12-2007. (Consultado 2008 Oct. 02). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>.
4. Ley de Salud del Estado de Veracruz-Llave. Texto vigente. (Consultado 2008 Oct. 02). Disponible en <http://www.leydesaluddelestado-marco.htm>
5. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. (Consultado 2008 Oct. 03). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
6. Cathalifaud M, Osorio F. Introducción a los conceptos básico de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio. (Consultado 2009 Jul. 20). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10100306>

7. Bertalanffy L. Teoría General de los sistemas. (Consultado 2009 Jul. 20). Disponible en <http://www.alumnos.inf.utfsm.cl/~vpena/ramos/ili260/textos/tgsbertalanffy.pdf>
8. Johansen O. Introducción a la Teoría General de Sistemas. (Consultado 2009 Jul. 20). Disponible en: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4bVvTLvHVzMC&oi=fnd&pg=PA13&dq=TEORIA+GENERAL+DE+SISTEMAS+BERTALANFFY&ots=Rg0_FVojbg&sig=p1VZuWRKfT7nu9i1c1eFbxh3nxM#v=onepage&q=&f=false
9. Warner K, Luce B. Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia. Biblioteca de la ciudad. Health Administration Press. 1995.
10. Reyes E. Contabilidad de costos. Editorial Limusa. 2007.
11. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1993/mayo%20junio%20no.3/conferencia%20magistral.pdf.
12. Rodríguez M, Vidal C. Conceptos básicos de economía de la salud para médicos generales. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. [internet]. Sep.-Oct. 2007 [Consultado 2008 Sep. 27];5(45):523-32. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/em-im.htm>.
13. Riera, N. Evaluación de costos del seguro Popular. Gestión del Conocimiento III y Salud Pública III. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. 2008.
14. Glosario de Términos Hacendarios más utilizados en la Administración Pública Federal. (Consultado 2009 Feb. 06). Disponible en: http://www.shcp.gob.mx/apartados_hacienda_para_todos/de_la_a_z/glosario_delaaalaz.pdf
15. Pérez-Iñigo F, Abarca J. Editores. Un Modelo de Hospital. Ars médica; 2001.
16. Ladrón de Guevara, E. Técnica de instrumentación. 2007 (Documento de clase).
17. Vásquez S. Apuntes para la Planeación de la Salud en México. 1984. Material mimeográfico.
18. Fonseca, J, De la O A. Manual de Administración Financiera para Gerentes de Salud. Washington, D.C. OPS: 1996.
19. Organización Panamericana de la Salud. Manual de operaciones WinSIG. 2003.
20. Organización Panamericana de la Salud. La OPS promueve nuevas estrategias para luchar contra la diabetes. (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: <http://saludambiental.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=2&S22=b>.
21. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
22. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa Veracruz. (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/sur/Veracruz.pdf>.
23. Sistema de información local del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio".
24. Definición retinopatía diabética CIE 10. (Consultado 2008 Nov. 26). Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%202.pdf>
25. Riande G. HIGIA. Órgano informativo de la Sociedad Veracruzana de Salud Pública, A.C. Volumen 1. Número 1. Sep. 1993.
26. Riande G. Auto-evaluación y costo de servicio. Hospital General de Veracruz. Marzo 1993.
27. Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. (Consultado 2008 Oct. 28). Disponible en: <http://siid.insp.mx/textos/art47.pdf>
28. Cortés A, Flor E, Duque G. Análisis de costos de la atención medica hospitalaria experiencia en una clínica privada de nivel II-III. (Consultado 2008 Oct. 28). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No2/costos.pdf>

29. Bautista S, Dmytraczenko T, Kombe G, Bertozzi S. Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México. (Consultado 2008 Sep. 30). Disponible en:
30. http://www.lachealthsys.org/index2.php?option=com_docman&task=docview&gid=41&Itemid=244
31. s, Marteau L, Perego. Modelo de Costos Basados en la Actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares. (Consultado 2008 Oct. 28). Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2001/vol%2043%201/431_4modelodecosto.pdf
32. Arredondo A. Requerimientos financieros para la demanda de servicios de salud por diabetes e hipertensión en México: 2001-2003. (Consultado 2008 Oct. 28). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/6/9/art258.pdf>
33. Modulo de estimación de costos hospitalarios. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. (Consultado Feb. 03). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7417.pdf>
34. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) para Ajustar los mecanismos de Pago a los Proveedores de los Sistemas de Pago. (Consultado 2008 Oct. 29). Disponible en: <http://www.ciss.org.mx/pdf/es/estudios/CISS-WP-0512.pdf>
35. Reynales L, Juárez S, Valdés R. Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos. Consultado 2008 Oct. 30). Disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v47n6/a10v47n6.pdf>
36. Zambrana M, Zurita B, Ramírez T, Coria I. Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ene-feb. 2008 [Consultado 2008 Sep. 30];1(46):43-0.
37. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Veracruz para el Mejoramiento de la Atención a la Diabetes (VIDA). (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/dia-vida-veracruz.htm>.
38. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
39. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa Veracruz. (Consultado 2008 Sep. 26). Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/sur/Veracruz.pdf>.
40. Guidelines for the Management of Diabetic Retinopathy. Australian Government. (Consultado 2008 Nov. 26). Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/di15.pdf
41. Programa Sectorial de Salud. (Consultado 2008 Oct. 26). Disponible en: <http://portal.veracruz.gob.mx/pls/portal/docs/PAGE/GOBVERSFP/CSFPPTRANSPARENCIA/SFPFRACCIONVIIPVD/SFPPROGRAMASSECTORIALES/PROGRAMA%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.PDF>
42. Morales V. Conferencia panel de especialista retinopatía diabética. LXII Reunión anual de la Sociedad Mexicana de salud Pública, A.C. 20 noviembre 2008.
43. Romero R, Hernández S. Introducción a la metodología. México: UNAM; 2002 p 49-57.
44. Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2ª ed. Madrid: Harcourt; c200. Capítulo 2. Clasificación de los tipos de estudios: p. 15-8.
45. Hernández E, Saldaña S. Guía Básica para desarrollo de investigaciones y Comunicación de Resultados. México. s/f.
46. Hernández M, Garrido F, López S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pública Méx 2000; 42(2):144-54.
47. Baveresco de Prieto AM. Las técnicas de la investigación. Manual para elaboración de tesis, monografías informes 4ª edición. Cincinnati: South Publishing; 1070 p57-82.

48. Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal. Última modificación publicada en el D.O.F. 01-febrero-2008. (Consultado el 09/04/30). Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/sala_prensa/clasificador_objeto_gasto.pdf
49. Indicadores y Valores Estándar para la Evaluación de los Servicios de Salud. 1995
50. García E. Estadísticas para el equipo del área de la salud. Universidad de Guadalajara. 1995.

ANÁLISIS DEL USO DE LA TARJETA BINACIONAL DE SALUD DE TUBERCULOSIS EN USUARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ.

Alumna: *Nesly Teresa Muñoz Cortés*

Directora de Tesis: *Dulce María Cinta Loaiza*

Asesor externo: *Fco. Javier Fuentes Domínguez*

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco Contextual

1.1.1 Del Plan Nacional de Salud a las estrategias de salud para migrantes

Las naciones que tienen un gobierno representativo y democrático, se caracterizan por la toma de decisiones administrativas que responden a las necesidades que presenta su población, a través de lo que se conoce como política pública; la cual se constituye por líneas de acción emanadas del gobierno.

Para Joan Subirats (1989) citado por Aguilar Villanueva una política puede indicar varias cosas tales como:

Un campo de actividad gubernamental, un propósito general a realizar, una situación social deseada, una propuesta de acción específica, la norma o las normas que existen para una determinada problemática, el conjunto de objetivos y programas de acción que tiene el gobierno en un campo de cuestiones¹

La política pública al tener estos elementos indicativos requiere de una organización en sus recursos; así como la elaboración de procedimientos que permita realizar los objetivos que se propone alcanzar; como lo menciona Aguilar Villanueva "en primer lugar, una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido."¹

En México, la planeación de estas políticas se encuentra establecida en los artículos 25 y 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; el primer artículo hace referencia a la responsabilidad del Estado de la rectoría del desarrollo de la nación garantizando

que este sea integral y sustentable, el segundo artículo establece la facultad del Estado para proyectar el desarrollo nacional de una manera democrática y donde se encuentre la participación de los diversos sectores de la sociedad; así mismo establece que la ley facultará al Ejecutivo para que determine "los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución"².

En Diciembre de 1982, durante la presidencia de Miguel de la Madrid Hurtado, el Congreso de la Unión decreta la Ley de Planeación donde se establecen las normas y principios básicos en los cuales se lleva a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo, así como también que mediante la planeación se fijarán "objetivos, metas, estrategias y prioridades; se asignarán recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución, se coordinarán acciones y se evaluarán resultados".³

Como Planeación Nacional de Desarrollo se entiende la:

Ordenación racional y sistemática de acciones que, en base al ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen³.

De acuerdo al capítulo IV de la Ley de Planeación, la categoría de plan queda reservada al Plan Nacional de Desarrollo; por lo que los objetivos, estrategias y prioridades, quedan delimitados en programas; en los que se establecen los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional.

Dentro del Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012) se establece como premisa básica el Desarrollo Humano Sustentable para el desarrollo del país, así como los objetivos y prioridades bajo los cuales se rige la administración del Presidente Felipe Calderón; además consta de cinco capítulos correspondientes a los cinco ejes de política pública; donde se establecen sus objetivos y estrategias correspondientes, los cuales son:

1. Estado de derecho y seguridad
2. Economía competitiva y generadora de empleos
3. Igualdad de oportunidades
4. Sustentabilidad ambiental
5. Democracia efectiva y política exterior responsable⁴

Dentro de estos ejes de planeación, el apartado de igualdad de oportunidad abarca la materia de salud, para lo cual se desarrolló el Programa Nacional de Salud 2007-2012 denominado "Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud"; el cual consta de cinco objetivos prioritarios:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente
3. *Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables*
4. *Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y*
5. *Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México⁵*

Para poder cumplir con estos objetivos, se plantearon diez estrategias que ayudan al fortalecimiento de las funciones del Sistema Nacional de Salud; una de estas estrategias que ayuda a la rectoría efectiva del sector es la estrategia número cuatro referente a "Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud" dentro de la cual en el planteamiento 4.9 establece que para lograr los objetivos del sector se debe realizar el aprovechamiento de la Cooperación Internacional en salud debido al incremento de la diseminación internacional de riesgos para la salud, lo cual se debe realizar a través de las siguientes acciones:

- a. Fortalecer la colaboración y cooperación con las Comisiones de Salud Fronteriza México- Estados Unidos y México-Guatemala en vigilancia y control

epidemiológico;

- b. Fortalecimiento de los vínculos multilaterales y bilaterales tanto para recibir como para dar ayuda;
- c. Promover la afiliación de familias de migrantes al Seguro Popular de Salud;
- d. Mejorar la atención otorgada a los connacionales enfermos en necesidad de ser repatriados;
- e. Fortalecer la participación activa de México en los principales organismos internacionales de salud⁵.

En relación con los retos que México enfrenta en su frontera norte se establece el diseño de estrategias que son de interés binacional tales como de promoción de estilos de vida saludable, establecimiento de iniciativas para la prevención, detección y control de riesgos emergentes, y eliminar enfermedades de rezago epidemiológico, dentro de las cuales, podemos encontrar el VIH/SIDA; tuberculosis y hepatitis.

La Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos/ Sección México para poder lograr esto, ha implantado tres estrategias importantes y dos de apoyo dentro de las cuales encontramos "el fortalecimiento de los sistemas de información sobre las condiciones de salud y los servicios de salud en la franja fronteriza y las iniciativas dirigidas a dar seguimiento y evaluar los programas binacionales desarrollados en la región".⁵

Esta política de cooperación binacional con los Estados Unidos, es resultado de los compromisos que México ha suscrito ante la Comunidad Internacional; así como de la fuerte relación que se ha dado por compartir una frontera común.

1.1.2 Migración mexicana hacia los Estados Unidos de América

México y Estados Unidos son los países donde la migración ha sido una constante de las relaciones entre ambas naciones desde hace más de un siglo y medio, sin embargo, dicho fenómeno se ha intensificado considerablemente en las últimas tres décadas. Los factores diversos como la vecindad geográfica, los estrechos lazos sociales y culturales, la creciente integración económica, y las intensas relaciones e intercambios entre ambos países hacen inevitable la generación de flujos migratorios⁶.

En 1909⁷, los presidentes de México y Estados Unidos, Porfirio Díaz y William Taft, firmaron un convenio para 1000 trabajadores para laborar en los campos de betabel; para

1917 se promulgó en Estados Unidos la ley Migratoria "Burnett" que buscaba detener el flujo de inmigrantes con bajo grado de escolaridad provenientes del este y sur europeo como consecuencia de la primera guerra mundial.

Entre los años 1942 a 1964, aproximadamente cinco millones de mexicanos⁸ llegaron a laborar a los campos agrícolas de los Estados Unidos; al instituir los Presidentes Manuel Ávila Camacho de México y Franklin Roosevelt de los Estados Unidos el "Programa Bracero"; siendo este uno de los programas más importantes en materia migratoria entre estas dos naciones.

Actualmente, para dicha relación bilateral, este es un tema sensible y de rezago, sin embargo, es uno de los más importantes debido a que en "Estados Unidos viven y trabajan alrededor de 10 millones de mexicanos, junto con otros 17 millones de ascendencia mexicana; por otro lado, 12 millones de indocumentados viven y trabajan en Estados Unidos, 56% son mexicanos, más de seis millones"⁹; por lo que México se ha visto en la necesidad de establecer acuerdos y de optar por una posición mucho más propositiva para buscar soluciones o medidas de acompañamiento para dicho fenómeno.

1.1.3 De acuerdos internacionales de salud migratoria a programas regionales de salud entre México-Estados Unidos

Existe una relación reconocida entre la migración y las enfermedades; debido a que los patrones de desplazamiento migratorio tienen impactos en la salud individual y en la salud pública; es por esto, que los países se han visto en la necesidad de instrumentar medidas y programas de salud a nivel de sujetos internacionales, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales, legitimando en el contexto del derecho internacional medidas de atención en materia de salud y migración a través de la firma de tratados y acuerdos internacionales, dentro de los cuales podemos mencionar:

- Convención internacional sobre la protección de los derechos de los trabajadores migratorios y sus familias (1990)
- Plan de Acción de El Cairo (1994)
- Programa Interamericano para la promoción y protección de los Derechos de los Migrantes (2006)

En Materia subregional, encontramos que México ha signado:

- Conferencia Regional de Migración o Proceso Puebla (1996)
- Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos (2001)
- Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Guatemala para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala (2006)

En el contexto nacional, vemos que las políticas públicas en materia de migración y salud, van mas hacia los connacionales radicados en el extranjero, entre los que podemos mencionar:

- Programa de Salud para el Migrante (2000)
- Programa de Repatriación de Connacionales (2000)
- Programa Vete Sano y Regresa Sano (2002)

Dentro de los esfuerzos binacionales realizados tenemos el programa "El estado de la salud a lo largo de la frontera México-Estados Unidos y soluciones alternativas a problemas de salud" firmado en 1978.

En el año 2000, el Secretario de Salud de México y la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos suscribieron la Declaración Conjunta Sobre Salud del Migrante; mediante la cual se busca desarrollar actividades de cooperación para atender las necesidades en salud que presentan los migrantes, a través de las siguientes actividades:

- Colaborar en la prevención y control de enfermedades y en la promoción de la salud.
- Reforzar el intercambio de información y de material bilingüe.
- Desarrollar programas de capacitación.
- Revisar la regulación vigente de cada país en materia de Salud Pública en ambos países que impacta directamente en los trabajadores migratorios¹⁰.

Estos instrumentos definen el marco dentro del cual trabajan los responsables de formular políticas interesados en los aspectos de salud de la gestión migratoria. A pesar de que algunos de estos instrumentos se aplican a las personas en general y no están específicamente diseñados para promover la salud de las poblaciones en desplazamiento, es importante asegurar que su aplicación incluya a las poblaciones en desplazamiento¹¹.

Como podemos observar, existen diversas políticas relacionadas con la salud y la migración, sin embargo, estas requieren una constante revisión y desarrollo con la finalidad de poder responder a los retos y cambios que la globalización ha marcado; por lo que se debe tomar en cuenta los perfiles y creencias de los migrantes para generar un acceso a los servicios de salud adecuados a ellos; ya que debemos recordar que muchos de estos ingresan al país de forma ilegal, por lo que se encuentran en una situación vulnerable y compleja.

1.4 La tuberculosis en la Frontera México-Estados Unidos

1.1.4 Situación de la tuberculosis a nivel internacional

La tuberculosis (Tb) es una enfermedad infectocontagiosa, la cual se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común; el agente causal de esta enfermedad es el bacilo conocido como *Micobacterium tuberculosis*. Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar. Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad, conocidos como bacilos tuberculosos. Basta inhalar una pequeña cantidad de bacilos para contraer la infección¹².

De acuerdo a cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS); en el año 2006 murieron entre 1,5 millones y dos millones de personas por Tb; se estima que ese mismo año se presentaron 9,2 millones de nuevos casos y 14,4 millones fueron casos prevalentes y 0,5 millones de casos presentaron Tb multiresistente¹³ donde la Región Africana reportó en morbilidad 1186800 casos y estimó 2529, sin embargo, fue la región que mayor número de muertes y mortalidad por habitante presentó¹³.

La región latinoamericana ocupa el tercer lugar en el número de infectados diagnosticando cada año 300 mil nuevos diagnósticos positivos, cada año con 25 mil muertes; siendo Brasil, Perú y México, los países que más casos nuevos reportan¹⁴.

1.1.4.1 La tuberculosis en México

De acuerdo a los datos proporcionados por el "Programa de acción para la prevención y control de la tuberculosis 2008"; en México en ese año se registraron 17143 casos nuevo de Tb en todas sus formas, 14455 fueron casos nuevos de Tb pulmonar, en el año 2008 (de manera preliminar) se registraron: 15386 casos de Tb pulmonar;

donde los estados con mayor incidencia fueron: Baja California (42.2), Chiapas (34.2), Tamaulipas (33.5), Aguascalientes (26.5), Nayarit (26.3), Sonora (25.9), Sinaloa (25.9), Baja California Sur (25), Guerrero (22.9), y Veracruz (22.6), y los estados con menor morbilidad fueron Estado de México (3.2), Tlaxcala (3.7), Quintana Roo (4.3), Guanajuato (4.6), Zacatecas (5.0)¹⁵.

En relación con la mortalidad, en el año 2007, se registraron 2176 defunciones, teniendo una tasa de 2 muertes por cada 100,000 habitantes, los estados que mayor mortalidad registraron fueron Baja California, Nayarit, San Luis Potosí, Oaxaca, Chiapas, Baja California Sur, Nuevo León y Veracruz¹⁵.

1.1.4.2 La tuberculosis en la frontera México-Estados Unidos

La Frontera entre México y Estados Unidos es de una longitud aproximada de 3200 kilómetros, donde cuatro estados de la Unión Americana (California, Arizona, Nuevo México y Texas) comparten este territorio con seis estados mexicanos (Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas); convirtiendo a esta zona en una de las más transitadas a nivel internacional debido a que aproximadamente 264 millones de personas la cruzan anualmente, teniendo un estimado de 1,1 millones de cruces al día.

Este cruce se da tanto por ciudadanos fronterizos (personas que viven en las ciudades fronterizas ya sea en Estados Unidos o en México) como por migrantes indocumentados, los cuales presentan un perfil socio demográfico de trabajadores de 20 a 35 años de edad, procedentes de estados expulsores tradicionales mexicanos como Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Zacatecas y Sinaloa; sin embargo, a este cruce de migrantes ilegales se han ido integrando nuevos estados a este fenómeno como lo son: Guerrero, Veracruz, Oaxaca, Chiapas, D.F., Estado de México, Hidalgo y Querétaro¹⁶.

Con el alto flujo de personas que esta frontera tiene; además con las condiciones de vida de los migrantes, así como la falta de acceso a los servicios de salud, consumo de alcohol y de drogas, el incremento de padecer enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, es muy alto; aunado a esto los factores sociales y económicos ayudan a que pacientes que se encuentran recibiendo algún tratamiento sean propensos a dejarlo; siendo éste el caso de la Tb, por lo que esta zona se

vuelve vulnerable ante ésta y otras enfermedades.

De acuerdo a datos de la Agenda Bilateral del Programa Frontera Saludable 2010 de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, la tuberculosis pulmonar es una de las principales enfermedades infecciosas de importancia para la salud pública en la frontera. La incidencia de tuberculosis en el periodo de 1995-2000 en México disminuyó 15 por ciento, mientras que en los estados fronterizos en el mismo periodo disminuyó cinco por ciento; por parte de los Estados Unidos, la tasa nacional en ese mismo periodo disminuyó 33 por ciento y 40 por ciento en la frontera¹⁷.

La Comisión de Salud Fronteriza menciona además, que la tasa de incidencia de Tb de ambos países en la frontera es más alta que la nacional ya que en México es de 15.7 mientras que en la frontera es de 33.4 casos por cada 100,000 habitantes; así mismo, en los Estados Unidos la tasa nacional fue de 5.8 mientras que la fronteriza fue de 10 casos por cada 100,000 habitantes¹⁷.

1.1.4.4 Programas Binacionales para control de la TB en la Frontera Norte

En el año 2003, por acuerdo de ambas naciones, se estableció el "Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de Tb"; sin embargo, este no es el único acuerdo existente entre las naciones para el control y manejo de TB.

Desde 1978, se han establecido programas para poder contrarlar la Tb en esta zona geográfica; un informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos denominado "Estado de la Salud a lo Largo de la Frontera México-Estados Unidos y Soluciones Alternativas a los Problemas de Salud" identificó entre sus áreas para acción intensiva el control de la tuberculosis¹⁸.

Así mismo, se han realizado diversas iniciativas tales como¹⁸:

- Creación de Diez contra la TB (1991).
- Creación de los proyectos binacionales de control de la tuberculosis en ciudades hermanas.
- Evaluación de proyectos binacionales de control de tuberculosis en ciudades hermanas por el Programa Nacional de Tuberculosis de México y el CDC.
- Implantación de CureTB, Proyecto binacional para el seguimiento y referencia de la tuberculosis (2002).
- Implantación del Proyecto TBNet de la Red de Clínicos

de Migrantes, proyecto binacional para el seguimiento y referencia de la tuberculosis (2000).

- Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de TB (2003).

1.1.4.5 Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de TB

El Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de TB fue creado en el año 2003 por iniciativa de ambos países con el fin de apoyar a los migrantes que se encuentran bajo tratamiento de tuberculosis activa; teniendo como objetivos¹⁸:

1. Demostrar que se puede proporcionar continuidad en la atención médica de pacientes que reciben tratamiento para tuberculosis activa durante sus traslados por la frontera México-Estados Unidos.
2. Fortalecer los resultados del tratamiento para los pacientes binacionales con tuberculosis iniciando tratamiento antes de trasladarse.
3. Mejorar la recolección de datos para pacientes en quienes se inició tratamiento antes de trasladarse.

Los organismos que se encuentran incluidos en este proyecto por parte de ambas naciones son: El Programa Nacional de Tuberculosis de México (PNT); Secretaría de Salud de México, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE); Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE); Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC); Comisión Fronteriza de Salud México-Estados Unidos, Departamento de Servicios de Salud de California; Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de San Diego y su Programa CureTB; Departamento de Salud de Texas, División de Eliminación de la Tuberculosis; Distrito Ambiental y de Salud de la Ciudad-Condado de El Paso, Red de Clínicos de Migrantes y su programa TBNet; Programa Binacional de Prevención y Control de la Tuberculosis: "JUNTOS"; Centro de Salud Familiar La Fe, Departamento de Salud del Estado de Nuevo México; Instituto de Servicios de Salud de Baja California.

Para que los objetivos propuesto por el Proyecto Binacional de los EUA y México se puedan lograr, se estableció como herramienta la Tarjeta Binacional de Salud, la cual se utiliza en un sistema de información binacional más amplio para el manejo de los casos de Tb, el cual debe estar coordinado con ambos países; dicho proyecto se puso en marcha en el año 2003 teniendo

como puntos importantes: San Diego-Tijuana; El Paso-Las Cruces, Ciudad Juárez y Matamoros; así como otros siete estados mexicanos: Jalisco, Michoacán, Veracruz, Oaxaca, Coahuila, Sonora y Nuevo León.

Con el uso de la tarjeta binacional de salud, se busca contar con un análisis eficiente e integral proveniente de ambos países, esto ayudará a tener una detección efectiva de casos, así como un "seguimiento costo-efectivo a lo largo de la frontera, considerando el costo del tratamiento actual y la pérdida de horas de trabajo de una población en su edad más productiva".¹⁸

La Tarjeta Binacional de Salud es un documento que busca facilitar la continuidad en la atención de salud de pacientes que puedan cruzar la frontera México-Estados Unidos durante el tiempo de su tratamiento cuidando la confidencialidad y legalidad del intercambio binacional de la información.

La información con la que cuenta la tarjeta es la siguiente: en la parte frontal números de teléfonos gratuitos de los programas CureTB y TBNet en los Estados Unidos, así como el número telefónico gratuito del sistema de referencia binacional de Tb para el Programa de Tb en México, también cuenta con espacios para escribir números adicionales en caso de ser necesarios.

En el anverso, en la parte superior se encuentra el número de tarjeta, el cual incluye los códigos de los países, y un espacio en blanco el cual está destinado para el número de aquellas personas que hayan perdido la tarjeta o hayan cruzado la frontera en diversas ocasiones. Además cuenta con datos del lugar donde se recibió por primera vez el tratamiento (Unidad, Municipio, Estado, Jurisdicción y teléfono), fecha de inicio del tratamiento, fecha de la última dosis, esquema de tratamiento y si éste es un paciente que ha recibido el Tratamiento Estrictamente Supervisado (TAES).

Para que el paciente puede acceder a la Tarjeta Binacional de Salud es necesario que cumpla con varios requisitos, por lo que se han establecidos protocolos y flujogramas que ayudan a establecer los procedimientos para proporcionar la tarjeta:

1. Procedimientos estadounidenses para pacientes con Tb que se originan en los EUA y viajarán a México.
2. Procedimientos mexicanos para pacientes con tuberculosis que se originan en los EUA y viajarán a México.
3. Procedimientos mexicanos para pacientes con Tb que

se originan en México y viajarán a los EUA.

4. Procedimientos estadounidenses para pacientes con Tb que se originan en México y viajarán a los EUA.

En estos cuatro procedimientos se establecen los criterios de inclusión y exclusión para la distribución de dicha tarjeta, así mismo, se describen los pasos de acción a tomar para cada uno de los casos de manera detallada y formatos necesarios para obtener la mayor información sobre el paciente según sea el caso o procedimiento necesario.

La tarjeta ha sido diseñada para ofrecer atención médica y continuidad en el tratamiento de los pacientes migrantes con tuberculosis, así como evaluar el flujo migratorio de los pacientes. Por lo que su proceso de evaluación se divide en dos componentes:

1. Evaluación de los flujos migratorios a través de: la Tarjeta Binacional de Salud, Informe Semanal de Movimiento de la Tarjeta de Salud Mexicano y los Logbooks de los EUA; y la información proporcionada por EPI-TB^a en México, TIMS^b y CureTB en los Estados Unidos.
2. Medición del impacto de la atención médica proporcionada a los pacientes con tuberculosis a través de EPI-TB en México y TIMS en los Estados Unidos.

La evaluación se debe llevar a cabo cada tres meses, considerando que exista concordancia en los listados del Informe Semanal Mexicano, el logbook de los Estados Unidos y los sistemas formales de información (EPI-TB/CureTB/TIMS); la proporción existente entre el número de tarjetas distribuidas y el número total de pacientes atendidos con la tarjeta en México y Estados Unidos y finalmente, la situación epidemiológica de los pacientes migratorios con tuberculosis.

La información que arroja esta evaluación nos ayuda a conocer el funcionamiento de la tarjeta de acuerdo a las variables establecidas, así como el cumplimiento de los objetivos; sin embargo, no se analiza si esta es funcional o no funcional desde la perspectiva del usuario y del prestador de servicio.

1.2 Marco Teórico

a Actualmente Plataforma Única de Información

b Tuberculosis Information Management System: Programa utilizado para la Vigilancia y gestión de casos en los Programas de control de TB en los Estados Unidos, Distrito de Columbia y Diversas zonas de presentación de informes en el Pacífico y Caribe.

La metodología cualitativa, es aquella que utiliza la "observación y su propósito consiste en la reconstrucción de la realidad, se orienta hacia el proceso y desarrolla una descripción cercana a la realidad que se investiga"¹⁹

También se entiende como una "sucesión de operaciones y de manipulaciones técnicas intelectuales que un investigador hace experimentar a un objeto o fenómeno humano para hacer que surjan de él las significaciones tanto para él como para los demás"; su base proviene del paradigma comprensivo al considerar los fenómenos del ser humano como fenómenos de sentido "los cuales pueden ser comprendidos a través de la empatía;"²⁰, donde sus premisas fundamentales son el acceso al conocimiento de la realidad y comprender el punto de vista del informante .

Para Taylor y Bogdan, citados por Rodríguez *et al.* consideran a la investigación cualitativa como "aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable"²¹; la cual cuenta con varias características entre las que podemos mencionar²¹:

1. Es inductiva
2. El investigador ve al escenario y a las personas como un todo
3. El investigador es sensible a los efectos causados a las personas en estudio
4. Se trata de comprender a las personas dentro de su marco de referencia
5. El investigador aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones
6. Todas las perspectivas son valiosas
7. Los métodos son humanistas
8. Todos los escenarios y personas son dignos de estudio
9. Se da énfasis a la validez en la investigación

Cabe mencionar, que la investigación cualitativa surge en 1982 con Bogdan y Biklen, en el interés sobre una serie de problemas de sanidad, asistencia social, salud y educación, donde las causas fueron precisas de buscar en el impacto de la urbanización y la inmigración de grandes masas que se dio en esa época hacia los Estados Unidos²².

Para poder comprender las características de los diversos enfoques que rodean a la investigación cualitativa, esta se divide en niveles²¹: *Ontológico*: el cual considera a la realidad como una dinámica, global y contraída en un proceso de interacción la misma realidad. *Epistemológico*:

son los criterios que nos ayudan a determinar la validez del conocimiento; *Metodológico*: Se refiere a las diversas formas de investigación de la realidad; *Técnico*: Técnica utilizadas para poder recabar los datos de la situación.

Este tipo de investigación cuenta con un repertorio de paradigmas, métodos y estrategias; como paradigmas podemos encontrar el paradigma interpretativo, paradigma positivista; dentro de las teorías podemos encontrar el interaccionismo simbólico, indagación naturalista, positivismo y pospositivismo, fenomenología, estructuralismo.

El paradigma interpretativo, es aquel que centra su estudio en los significados de las acciones del hombre y de la vida social; por lo que tiene la finalidad de profundizar en el conocimiento y comprensión del porqué una acción o problema se percibe en la manera en que ocurre²¹.

La fenomenología es aquella que busca estudiar la realidad no establecida; como lo menciona Bullington y Karlson citados por Tesch en la "metodología de la investigación cualitativa": "la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad"²¹; esta busca además describir los significados de la vida diaria del individuo.

De acuerdo a Cabrera, la teoría de la Acción Racional (TAR) creada por Ajzen y Fishbein, fue desarrollada para explicar comportamientos del individuo donde estos y sus intenciones resultan de procesos racionales, ya que la intención del sujeto de ejecutar una acción es resultado de dos determinantes: la actitud de éste está relacionada a las creencias sobre los resultados de realizar el comportamiento; mientras que el segundo proceso, se refiere a la percepción que éste tiene sobre las presiones sociales hacia un determinado comportamiento²³.

La Teoría del Comportamiento Planeado, la cual es una expansión de la TAR, nos da la explicación de que en muchas ocasiones la manera de actuar del individuo se debe a una deliberación sea voluntario o no, por que se ha incorporado un control percibido por las actitudes y normas sociales; esto genera el comportamiento planeado ya que se ve la "valoración perceptual que la persona hace de la facilidad o dificultad involucrada en la ejecución de un comportamiento"²³

Para Azjen, la acción humana se llevo a cabo por tres aspectos²⁴:

1. Creencias de comportamiento: Consecuencias de un probable comportamiento.
2. Creencias normativas: Expectativas normativas de otros.
3. Creencias controladas: La presencia de factores que para desempeñar un comportamiento pueden ser facilitadores u impedimentos.

El Interaccionismo Simbólico es un modelo que busca explicar la interacción social que tiene el individuo a través de la naturaleza de su personalidad; Ritzer se basa en Blumer para mencionar que existen dos formas básicas de interacción social: La interacción no simbólica y la Interacción simbólica; es así que para los interaccionistas, la importancia del pensamiento radica en los objetos (físico, sociales y abstractos) en donde lo que importa es la manera en cómo es definido por los actores; por lo que pone en práctica métodos de investigación que obtengan la mirada o punto de vista del actor²⁵.

Las realidades sociales del individuo son parte del significado que se le da a través de la interacción que se tiene de uno mismo, de los otros y de la situación social; lo cual se entiende de que "... las realidades sociales son construcciones cuyo significado se ha establecido por la participación de los sujetos en la interacción simbólica. Así, las interpretaciones individuales y colectivas pasan a ser socialmente convenidas e individualmente internalizadas²⁶"

A partir de la imagen que uno tiene de sí mismo y de los demás, es que sale una construcción de significados donde el más importante es el self o el sí mismo; el cual surge de la interacción del sujeto y el ambiente social; otro elemento es el otro generalizado, donde el individuo hace suyas las actitudes de los demás²¹.

Toda esta interacción se da a través del proceso de comunicación interpersonal, la cual está relacionada con la necesidad interna del individuo, exigencias y oportunidades que ofrecen los demás, por lo que tiene diversas funciones: de control donde el sujeto puede conseguir que los resultados de la interacción coincidan con sus deseos; de intercambio de información: el individuo ofrece algún recurso y recibe algo; de negociación interpersonal; el individuo demanda recursos que no posee para la satisfacción de sus necesidades; y de desarrollo de la propia identidad: donde se da la presentación, desarrollo y validación del propio autoconcepto determinado por: la asunción básica de roles, asunción reflexiva de roles, asunción apropiadora de los roles y asunción sinésica de roles²¹.

Para la realización de este estudio se tomará como base al paradigma interpretativo y a la teoría del interaccionismo simbólico ya que este nos ayudará a comprender la manera en como el uso de la Tarjeta Binacional de Salud es percibido tanto por el usuario como por el Prestador de Servicio de Salud de Veracruz; ya que se basa en el análisis de los procesos subjetivo y dado a que este presenta creencias, valores y comportamientos de medio de cada individuo, es la que mejor nos podrá ayudar a comprender dicho fenómeno.

Ahora bien, para comprender la manera en cómo las cosas son percibidas por el individuo basándonos en esta teoría existen diversos diseños, métodos y técnicas que nos ayudan a conocer y evaluar la perspectiva de los actores, podemos mencionar: diseño emergente, diseño proyectado, diseños de caso único y casos múltiples, como métodos tenemos estudios de caso, métodos históricos, biográficos, métodos documentales, Fenomenología, Etnografía, Teoría fundamentada, Interaccionismo simbólico y como técnica se encuentran la entrevista cualitativa, observación y experiencia personal.

1.3 Marco empírico

En el contexto de esta investigación; el "Proyecto Binacional de los EUA y México para referencia y manejo de casos de tuberculosis"; es la ocasión para analizar la percepción del uso de la "Tarjeta Binacional de Salud" ; de esta manera, se presentan experiencias relacionadas con la de percepción de programas a través de la mirada de los participantes (usuarios y prestadores); ya que existen pocos casos en la realización de estudios que analicen un programa a través de una "herramienta" tal como la tarjeta.

En el año 2007²⁷, en la República de El Salvador, se realizó un estudio para evaluar el impacto del programa SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral) en la calidad de la atención en salud en El Salvador, utilizando metodología cualitativa para conocer la percepción de los Stakeholders (grupos de interés relevantes). La información fue recabada a través de la investigación de campo la cual consistió en entrevistas semiestructuradas, teniendo cuatro categorías de participantes (formuladores de política, miembros de la sociedad civil, administradores y personal del servicio SIBASI y, pacientes o usuarios potenciales. Además, se utilizaron grupos focales con los miembros de la comunidad para poder conocer las percepciones de estos; así como entrevistas

donde pudieron comprender la percepción sobre el impacto del programa en la calidad de los servicios de los formuladores de políticas; además de que se obtuvo la percepción sobre los impedimentos para el éxito del programa.

Lozano Cortés²⁸, en 2006, realizó un estudio sobre la evaluación cualitativa de los impactos del Programa Oportunidades, en alimentación, salud y educación en los municipios del sur de Yucatán (2004-2005); a través de la investigación cualitativa con el objetivo de entender a mayor profundidad a los beneficiarios así como conocer los avances en educación, salud y alimentación de los beneficiarios del Programa Oportunidades. Este estudio se llevó a cabo a dos años y medio de ponerse en práctica dicho programa, y fue evaluado entre los meses de septiembre de 2004 a julio de 2005; donde además de buscar a los beneficiarios se llevó a cabo la asistencia a diversas Asambleas del "Programa Oportunidades".

La técnica llevada a cabo para conocer la percepción del programa y sus beneficiarios por parte de los médicos, profesores y vocales de enlace fue la de entrevistas semiestructuradas, mientras que para las evaluaciones sociales a partir de la perspectiva de los beneficiarios se dio a través de los relatos; además, se utilizaron entrevistas abiertas no estructuradas con el objetivo de comprender las experiencias de vida y profundizar en acontecimientos y actividades que no pudieron ser observadas directamente; para obtener como resultado tal como el estudio lo menciona, "información valiosa" debido a que se pudo observar "desde adentro" las cosas que esta población realiza así como sus creencias y cómo el programa oportunidades ha impactado en su educación, alimentación y salud; sin embargo, se pudo observar que se necesita la creación de programas efectivos que ayuden a elevar la cantidad y calidad de la oferta educativa; además de que no se toman en cuenta los aspectos culturales y psicosociales que inciden en las elecciones, preferencias y conductas de los sujetos.

En otro contexto, se encontró que en el 2007²⁹, en Argentina, se realizó un estudio sobre la percepción del proceso salud-enfermedad-atención, en familias pobres de la Ciudad de Salta; con el objetivo de conocer sobre los aspectos que influyen en la baja utilización del sistema público de salud por parte de las familias pertenecientes al programa de Atención Primaria en Salud (APS); donde se encontró que la percepción de los problemas de salud están fuertemente condicionados a la valoración de la salud en el contexto sociocultural. Para lograr este estudio,

se aplicaron entrevistas a profundidad a las familias.

En Colombia, Carvajal *et al*³⁰, realizaron en el año 2002 un estudio para conocer las percepciones que los individuos clave del control de la tuberculosis tienen acerca de los efectos generados por la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS); para lo cual utilizaron como técnica de recolección la entrevista semi-estructurada a los responsables de las acciones de control de tuberculosis del personal de salud tanto a nivel nacional como departamental y local, en los niveles políticos, administrativos, operativos y de asesoría.

En España en el año 2006, se realizó un estudio con dos objetivos, el primero consistía en conocer la percepción de las cuidadoras de niños con gran discapacidad en relación a la atención que recibían dentro del Sistema Sanitario de Andalucía y, el segundo objetivo consistió en identificar propuestas de mejora para la atención integral tanto para el niño como para sus cuidadoras.

Dicho estudio, consistió en la realización de grupos focales como técnica de recolección de datos; con las madres y padres de los niños diagnosticados con enfermedades que generan dependencia; donde se analizaron las opiniones con el fin de identificar los puntos fuertes y débiles, por lo que obtuvieron como resultados que las repercusiones de la enfermedad de los niños tanto en los padres como en sus familias tuvo un impacto total.³¹

En la Isla de Cuba en 1995, se realizó un estudio cualitativo³², sobre los conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis, con el objetivo de posteriormente ayudar y facilitar al desarrollo de un estudio cuantitativo y obtener de manera rápida información sobre grupos de población con características diferentes; para esto se utilizaron como técnica un grupo de discusión en el cual se llevaba una guía de preguntas.

Dentro de los resultados que se obtuvieron fue conocer que los grupos tenían idea de la disminución hacia 10 años de esta enfermedad y su reciente aumento, así como síntomas y formas de contagio; además se vio que esta enfermedad es considerada como penosa e indeseable por lo que algunos de los participantes en el estudio consideran que el enfermo debe ser aislado en el hospital, mientras que otros consideran que estos pueden seguir el tratamiento en casa.

En el año de 1999³³, en el Estado de Chiapas en las

regiones Centro, Los Altos y Frontera; se realizó un estudio para conocer las percepciones y las prácticas que las personas enfermas de tuberculosis tienen en relación a la enfermedad y su adherencia al tratamiento; para esto, se llevaron a cabo once entrevistas grupales a personas que fueron diagnosticadas con tuberculosis en los años de 1997 y 1998.

Se abordaron temas relacionados con la historia del paciente, el desencadenamiento de la enfermedad, relación que se da entre el padecimiento y las condiciones socioeconómicas; para después realizar un análisis sobre lo recabado en los grupos focales.

Las conclusiones a las cuales llegaron es que el desconocimiento a la enfermedad fue la que llevó a obtener un mayor contagio en la comunidad, así como a la toma de una elección para el tratamiento, de la misma forma, se concluyó que la inadecuada relación médico-paciente ayudó al retraso del diagnóstico de dicha enfermedad.

En el año 2003³⁴, Alicia Riley de la Universidad de Stanford, realizó un estudio cualitativo denominado "Assessing use of the Binational Health Card for tuberculosis among patients in the San Diego-Tijuana Border Region", el cual tuvo como objetivo conocer qué características presentan los pacientes de la zona fronteriza San Diego-Tijuana que utilizaban la Tarjeta Binacional de salud de tuberculosis; por lo que se realizaron 43 entrevistas estructuradas a pacientes con tuberculosis activa, que estuvieran llevando su tratamiento en la Ciudad de Tijuana, que fueran titulares de la tarjeta y cruzaran la frontera de forma continua; buscando que estos dieran a conocer su percepción en relación a los obstáculos en el tratamiento.

Como resultado de este estudio, se obtuvo que dentro de los obstáculos para terminar el tratamiento se reportaba que para muchos de estos, la falta de dinero, sentimientos de timidez, calendario de trabajo, no estar dispuestos a tomar la cantidad de medicamentos establecidos para el tratamiento; eran los principales obstáculos para terminar el tratamiento, así mismo, reportaron que utilizaban la tarjeta binacional de salud de tuberculosis ya que esta les daba seguridad así como un estatus y una razón para realizar el cruce fronterizo.

En octubre de 2004, la epidemióloga Diana L. Schneider del Servicio de Salud Pública de los EEUU, Division of Immigration Health Services (DIHS) presentó en el Seminario

sobre migración y salud, la conferencia denominada "Continuidad de la terapia para tuberculosis (TB) para personas detenidas por U.S. Immigration and Customs Enforcement (ICE); en la cual hace mención a la Tarjeta Binacional estableciendo que de acuerdo a datos proporcionados por los Centros de EEUU del control y prevención de enfermedades (CDC) hasta el 30 de abril de 2004, 15% (42/274) de las tarjetas binacionales fueron expedidas en los centro de detención de IC; el 71% (30/42) de las personas que recibieron la tarjeta ha regresado a México³⁵.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tuberculosis continúa siendo una importante causa de muerte a nivel internacional, ya que de acuerdo a datos de la OMS aproximadamente entre un millón y medio y dos millones de personas murieron por Tb en el año 2006, se estima que en ese mismo año se presentaron 9.2 millones de nuevos casos, 14.4 millones fueron casos prevalentes y 0.5 millones de casos presentaron Tb multiresistente¹².

En México, como se ha visto en el apartado 1.4.2, en el año 2008 se registraron de manera preliminar, 17 143 casos nuevos. En el estado de Veracruz, de acuerdo a datos presentados por el "Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis 2007"; se han presentado un promedio de 1907 casos de TB al año en los últimos cinco años.¹⁴

Con estos datos, Veracruz continúa siendo el estado con mayor número de casos detectados debido a las características heterogéneas de la población; además de ser una de las entidades que presenta mayor mortalidad por esta enfermedad, 3.5 muertes por cada 100 000 habitantes¹⁴.

En los últimos años Veracruz se ha convertido en un importante estado expulsor de migrantes hacia los Estados Unidos, lo que se puede observar de acuerdo a datos proporcionados por la Dirección General de Atención a Migrantes del Estado de Veracruz, basados en el Censo de Población y Vivienda del 2000, donde se reporta que Veracruz contaba con 390 600 migrantes; convirtiéndolo así en el quinto estado de la República Mexicana con mayor cantidad de emigrantes; se estima que al año expulsa alrededor de 25 mil migrantes, cada mes un total de 2083 y cada seis meses 12 500 migrantes³⁶.

Como se ha ido observando, la entidad veracruzana cuenta con una alto índice de casos de tuberculosis

y un alto flujo migratorio; este fue considerado para formar parte del "Proyecto Binacional de los Estados Unidos y México para Referencia y Manejo de Casos de Tuberculosis"; con la finalidad de establecer o facilitar la atención de salud de pacientes que puedan cruzar la frontera México-Estados Unidos durante el tiempo de su tratamiento, evaluando además el flujo migratorio de los paciente para así obtener una vigilancia epidemiológica; para llevar a cabo estos objetivos dicho programa utiliza como herramienta de control la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".

De acuerdo a varias entrevistas y pláticas electrónicas realizadas con encargados, coordinadores y personal de programas de tuberculosis tanto en el estado de Veracruz como en estados fronterizos de Estados Unidos y México; estos han mencionado que la tarjeta ha sido incorporada a las actividades diarias por lo que no se mantiene un registro numérico, se sabe que varios veracruzanos afectados por la tuberculosis han sido referidos de San Diego a alguna entidad del estado de Veracruz; sin embargo, las autoridades estatales desconocen como es el trato que reciben los migrantes veracruzanos afectados por la tuberculosis en los Estados Unidos y en ciudades fronterizas tales como Tijuana, Mexicali y San Luis Río Colorado.

Por otro lado, mencionan que "no se conocen las actitudes y conocimientos hacia la tarjeta por parte de los proveedores y de los pacientes veracruzanos"; debido a que sólo se sabe por parte de los prestadores veracruzanos que el paciente simplemente desaparece al mencionar tener intenciones de migrar hacia los Estados Unidos, lo cual hace que muchos de estos, no concluyan su tratamiento y no se conoce si el migrante al llegar a los Estados Unidos reinicie el tratamiento.

En las ciudades de Mexicali y San Luis Río Colorado se está realizando el monitoreo de la tarjeta; sin embargo, se ha dejado de lado la percepción que estos tienen del uso de una herramienta como la tarjeta binacional de salud de tuberculosis.

2.1 Justificación

La tuberculosis es una enfermedad que ha estado presente en la historia del ser humano, sin embargo,

aunque existen formas de combatirla, ésta no ha podido ser erradicada o controlada.

Con el incremento de los flujos migratorios que se han venido dando a nivel mundial, dicha enfermedad se ha ido extendiendo y prevaleciendo en los individuos que conforman los flujos migratorios debido a que presentan muchos de los factores de riesgo que desencadenan y desarrollan la enfermedad, entre los que podemos mencionar: desnutrición, pobreza, y falta de apego al tratamiento; siendo este último, una de las medidas más útiles para controlar y disminuir las tasas de tuberculosis.

Países como México que tienen un alto flujo migratorio tanto nacional como extranjero, así como un alto índice de personas afectadas por tuberculosis, se ha visto en la necesidad de establecer programas que ayuden a disminuir o controlar dicha enfermedad.

Una de la zonas propicias para el incremento o desarrollo de la tuberculosis, es la zona fronteriza de México y Estados Unidos, esto debido al alto incremento de migración por parte de connacionales y extranjeros que buscan internarse en territorio norteamericano en búsqueda de trabajo; por lo que los sistemas de salud de ambas naciones se han visto en la necesidad de establecer programas que ayuden a la detención de esta enfermedad.

Uno de estos programas es el denominado "Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de casos de TB"; el cual utiliza la "Tarjeta Binacional de Salud" para poder obtener un mejor conocimiento del flujo migratorio de personas afectadas por la tuberculosis; sin embargo, este proyecto se ha visto en la necesidad de agregar a estados federativos de la República Mexicana que presentan alto índice de flujo migratorio.

En relación con lo anterior, para obtener un mejor funcionamiento de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis y poder así comprender la situación epidemiológica de los pacientes con tuberculosis y si ésta sirve al usuario para continuar con su tratamiento (apego al tratamiento), es necesario comprender el punto de vista de quienes son portadores de dicha herramienta así como de aquellos que son encargados de distribuirla.

Ante la falta de un mecanismo dentro del programa que evalúe los beneficios y efectos adversos de ésta a través de la mirada de los actores implicados, ya que son quienes le dan uso a esta tarjeta, es que se propone

c Comunicación electrónica con personal del "Binational Health Projects Tuberculosis Control and Refugee Health Services Branch County of San Diego Health and Human Services Agency

la realización de un estudio que nos dé a conocer dichas variables; todo esto con la finalidad de obtener información que nos ayude a conocer la perspectiva del usuario y prestador de servicio de salud de Veracruz sobre el uso de la tarjeta; así mismo; se hace necesario conocer la forma en cómo un migrante veracruzano afectado por la tuberculosis, es atendido en los Estados Unidos y en la zona fronteriza; así como, la manera en que este es referido al estado de Veracruz; lo cual ayudaría a comprender los factores por los cuales una parte de esta población podría no hacer uso de ésta, cuales son los obstáculos que este percibe o siente al tener en sus manos dicho instrumento; así como de aquellos beneficios que han visto en ésta; conociendo además el entorno en que los migrantes mexicanos afectados por tuberculosis se desarrollan ya que es el entorno en el cual estos veracruzanos afectados por la tuberculosis se desenvuelven y desarrollan que nos llevará a comprender de una manera integral esta percepción.

La comprensión de estos fenómenos contribuirá al planteamiento de mejores estrategias que permitan una baja en la tasa de prevalencia e incidencia de dicha enfermedad, así como en la reducción de costos para dicho tratamiento por parte de los Servicios de Salud de Veracruz, debido a que se continuará con el tratamiento evitando así un incremento, recaídas, y drogoresistencia ante dicha enfermedad, mientras que para el paciente, la continuidad en el tratamiento ya sea en México o en Estados Unidos, le permitirá poder seguir trabajando y no generar un mayor gasto ante el seno familiar.

2.2 Pregunta de investigación

¿Qué beneficios e impedimentos perciben los usuarios y prestadores de Servicios de Salud de Veracruz en relación a la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis"?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Identificar los beneficios e impedimentos que perciben los usuarios y prestadores de Servicio de Salud de Veracruz en relación a la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".

3.2 Objetivos específicos

- Analizar desde la perspectiva del usuario y prestador de servicios de salud de Veracruz las limitantes de

la distribución de la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".

- Analizar desde la perspectiva de los usuarios los elementos positivos que la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" presenta.
- Analizar desde la perspectiva del prestador de servicios de salud de Veracruz los elementos positivos que la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" presenta.
- Identificar los medios por los cuales el migrante veracruzano puede obtener la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis".
- Identificar los medios por los cuales se atiende el migrante veracruzano afectado por la tuberculosis cuando no cuenta con la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis
- Proponer alternativas para incrementar el uso de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis en prestadores de servicios así como en los posibles usuarios.
- Proponer cambios a la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis de acuerdo a lo que los resultados presenten.

4. METODOLOGÍA

4.1 Fundamentos del diseño metodológico

En este apartado se establecen los aspectos metodológicos planteados para este estudio puntualizando el tipo de estudio, los tipos sociales, las variables discursivas, muestreo teórico y categorías teóricas.

4.1.1 Tipo de estudio

Este trabajo se encuentra dentro del corte de estudio cualitativo ya que busca recuperar y comprender a través de las percepciones y sentimientos experimentados por los informantes; por lo que es abordado mediante el paradigma interpretativo debido a que centra su interés en recuperar la interpretación de los usuarios de la "Tarjeta Binacional de Salud" así como de los prestadores de servicio de salud veracruzanos en relación a esta; ya que como lo menciona Hernández el paradigma interpretativo o postura interpretativa, tiene como objetivo

La interpretación de las acciones humanas responde a un contexto histórico determinado, pero poseen una expresión particular. Para esta tradición, la interpretación tiene como objetivo captar las acciones con sentido subjetivo y determina que una acción con sentido es social

porque tiene como referencia los demás. Así, el interpretar significa entonces preguntarse porqué las personas actúan de una manera y no de otra, y cuales son los móviles que posibilitan las existencias y reproducción de esas acciones³⁷

En relación con la profundidad del análisis, este estudio se clasifica como descriptivo comprensivo ya que busca comprender lo que representa el uso de la "Tarjeta Binacional de Salud" tanto para el usuario veracruzano como para el prestador de servicios de salud de Veracruz; así como la perspectiva que estos tienen sobre los elementos positivos y negativos que la tarjeta presenta.

De acuerdo al conocimiento, este estudio se encuentra dentro del marco exploratorio, debido a los pocos estudios sobre este tema, partiendo de la perspectiva del usuario y prestador de servicios de salud veracruzanos.

La postura metodológica empleada para este estudio como ya se ha mencionado en el apartado de marco teórico, será el Interaccionismo Simbólico debido a que se tienen como punto central a las personas y los significados que estos le atribuyen a los hechos y los fenómenos mediante su experiencia en relación con otros, lo que nos permite explicar cómo es que las personas actúan sobre las cosas en función del significado que esto ha adquirido para ellos, lo cual se observa en la cita realizada por Cortés mencionando a Blumer:

El significado de una cosa para una persona surge de las formas en que otras personas actúan hacia la persona con respecto a la cosa. Sus acciones operan para definir la cosa para la persona; por tanto, el Interaccionismo Simbólico considera que los significados son productos sociales formados por medio de las actividades de la gente al interactuar³⁸

4.1.2 Tipo Social

Dentro de la investigación cualitativa en lo que se indaga es en la profundidad en el conocimiento del objeto, por lo que se busca profundizar más que generalizar, lo que nos lleva a averiguar en grupos o personas con características identificadas para recuperar información; por lo que se buscan un tipo social, es decir, a "aquellas personas o grupos con una característica identificada"³⁸. Para la presente investigación, los tipos sociales serán los usuarios de la "Tarjeta Binacional de Salud" y los prestadores de servicios de salud que distribuyen dicha tarjeta.

4.1.3 Variables discursivas

Los tipos sociales que se han mencionado, se convierten en variables discursivas, las cuales son "aquellas personas o grupos con una característica identificada y que constituyen aquellos discursos que son distintivos para el trabajo³⁸". Para la presente investigación, las variables discursivas son:

- a. Usuarios de la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" de origen veracruzano que hayan ido a los Estados Unidos y regresado con la " Tarjeta Binacional de Salud"
- b. Migrante Veracruzano afectado por la tuberculosis que no cuente con la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis" con tratamiento en Estados Unidos
- c. Prestador de servicio de salud de Veracruz, que participe en programas de prevención de tuberculosis, programa binacional de salud

4.1.4 Muestreo Teórico

A diferencia de la investigación cuantitativa que realiza un muestro con la intención o finalidad de "escoger una parte de la población en forma probabilística, que sea representativa de la misma y que permita hacer generalizaciones de la muestra al universo³⁹", en la investigación cualitativa y en el paradigma interpretativo, se refiere a un procedimiento mediante el cual se "seleccionan conscientemente casos a estudiar de acuerdo al potencial para el desarrollo de nuevas intelecciones o para el refinamiento y expansión de las ya adquiridas⁴⁰" , por lo que el tamaño de la muestra no es importante desde la perspectiva de la estadística, ya que no se busca generalizar, sino profundizar, por lo que se toman tres factores importantes⁴⁰:

- 1) Capacidad operativa de recolección y análisis
- 2) Entendimiento del fenómeno
- 3) Naturaleza del fenómeno bajo análisis

Existen diversos tipos de muestreo teóricos que comparten características tales como el interés de contar con casos que contengan y brinden información importante y requerida; así como la terminación del muestreo al momento en que deja de aparecer información nueva; dentro de estos tipos tenemos, por mencionar algunos: Muestreo de casos extremos o inusuales, muestreo de casos que manifiestan con intensidad lo que se estudia,

muestreo de máxima variabilidad, muestras homogéneas, entre otros.

Para esta investigación se utilizará el muestreo por conveniencia, el cual al igual que en la investigación cuantitativa, consiste en la selección de los casos disponibles o "por comodidad del investigador"⁴⁰. Para los usuarios se considera a aquellos que utilicen la tarjeta binacional de salud y que se encuentran en el estado de Veracruz; mientras que por parte de los prestadores de servicios de salud veracruzanos, se considerarán a aquellos que pertenezcan a algún programa de tuberculosis.

4.1.5 Diseño

En la investigación cualitativa el diseño "adquiere un significado distinto al que se posee dentro del enfoque cuantitativo, particularmente porque las investigaciones cualitativas no se planean con detalle y están sujetas a las circunstancias de cada ambiente o escenario particular"⁴¹.

En el análisis elaborado por Balcázar¹⁹ en relación a la investigación cualitativa, nos menciona que "los diseños de investigación cualitativa tendrán un carácter emergente, se constituye en la medida que se avanza en el proceso de investigación, a través del cual se puedan recabar las distintas visiones y perspectivas de los participantes".

Es así que para poder realizar un diseño para la investigación cualitativa no se debe perder de vista que este debe ser flexible, por lo que se debe tener una capacidad de adaptación en cada momento y circunstancia; de tal manera que existen dos tipos extremos de diseños cualitativos: Emergente y proyectado; Marshall y Rossman, los cuales son citados por Valles, recomiendan que se elabore un "plan de investigación que incluya muchos de los elementos de los planes tradicionales, pero reserve el derecho a modificar, alterar y cambiar durante la recogida de datos"⁴², de acuerdo a esta recomendación, se hace referencia al modelo emergente; mientras que el modelo proyectado es de acuerdo a lo especificado por Miles y Huberman, referidos en "Técnicas Cualitativas de investigación social"⁴², es aquel en donde la mayor parte de los estudios demandados se realizan en corto plazo, son llevados a cabo en equipo y requieren de una mayor coordinación y comparabilidad y no se parte de cero, debido a que el investigador conoce la literatura y existen

cuestionamientos que lo llevan a investigar dicho tema.

Para poder comprender la flexibilidad y decisiones en el diseño del estudio cualitativo, Valles nos presenta el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Decisiones de diseño en la investigación cualitativa

Al principio del estudio	Durante el estudio	Al final del estudio
<ul style="list-style-type: none"> -Formulación del problema -Selección de casos y contextos -Acceso al campo -Marco Temporal -Selección de la (s) estrategia (s) metodológica (s) -Relación con teoría -Detección de sesgos e ideología del investigador -Aspectos éticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Reajuste cronograma de tareas -Observaciones y entrevistas a añadir o anular -Modificación de protocolos de observación y de guiones de entrevista -Generación y comprobación de hipótesis 	<ul style="list-style-type: none"> -Decisiones sobre el momento y manera de abandono del campo -Decisiones finales de análisis -Decisiones de presentación y escritura del estudio

Fuente: Basado en Janesick (1994) Presentado por Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España. Editorial Síntesis, S.A. 1997. p. 78

Dentro del diseño cualitativo, la palabra diseño toma el siguiente significado. "...ante todo, tomar decisiones a lo largo de todo el proceso de investigación y sobre todas las fases o pasos que conlleva dicho proceso"⁴², de tal manera, que una parte de las decisiones serán tomadas en el inicio de la investigación, sin embargo, estas podrán ir cambiando o surgiendo nuevas durante la investigación.

Valles nos refiere a Morse para explicar que existen diversas etapas que se deben tomar en cuenta para la realización de un diseño, diversas fases y tareas, las cuales son representadas en el siguiente cuadro⁴²:

Cuadro 2. Secuencia de fases y tareas en el diseño y realización de un estudio cualitativo.

Fases	Tareas
1. Fase de reflexión	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 Identificación del tema y preguntas a investigar 1.2 Identificación de perspectiva paradigmática

2. Fase de planeamiento	2.1 Selección de un contexto 2.2 Selección de una estrategia (incluida la triangulación metodológica) 2.3 Preparación del investigador 2.4 Escritura del proyecto
3. Fase de entrada	3.1 Selección de informantes de caso 3.2 Realización primeras entrevistas y observaciones
4. Fase de recogida productiva y análisis preliminar	
5. Fase de salida del campo y análisis intenso	
6. Fase de escritura	

Fuente: Basado en Morse (1994). Presentado por Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. España. Editorial Síntesis, S.A. 1997. p. 79

Debido a que el diseño metodológico en la investigación cualitativa es flexible, sin significar que este sea improvisado, se parte de un diseño inicial en donde se está consciente de que el método escogido tal vez no será el único:

Cuando se diseña el estudio, hay que estar consientes de que los métodos que se escogen al comienzo tal vez no serán los únicos que se emplearán. Aún cuando ya esté en marcha el estudio, el investigador cualitativo debe tener la flexibilidad para modificar el diseño, seguir nuevos indicios, agregar nuevas preguntas o volverse hacia los subgrupos de la población para obtener perspectivas diferentes⁴³

Para esta investigación el diseño inicial^d, será de tres etapas, la primera correspondiente a la elaboración de marco contextual y conceptual, negociación para el acceso a los actores sociales principales del estudio (usuarios veracruzanos de la Tarjeta Binacional de Salud y prestadores de servicios de salud), preparación de instrumentos para pilotear; la segunda etapa aplicación de instrumentos pilotos hasta la recolección de la información y una tercera etapa que será aquella donde se analizará la información recolectada, para poder establecer conclusiones y recomendaciones.

Para este diseño se tiene contemplado entrevistar a 5 usuarios de la Tarjeta Binacional de Salud que han regresado al estado de Veracruz y que cumplen con las

características establecidas en las variables discursivas; la forma de localización de estas personas será a través del responsable del programa en el estado de Veracruz; por el otro lado, tenemos a los prestadores de servicio de salud Veracruzanos en los que ha contemplado la entrevista a 6 prestadores, personal de apoyo a este programa, y responsables de los centros de salud en los cuales se ha proporcionado la tarjeta y se encuentran en tratamiento los usuarios, dentro de los cuales se tiene contemplado personal de la jurisdicción de Córdoba y Orizaba.

4.1.6 Categorías teóricas

En este apartado se describen las categorías teóricas, teniendo como entendido que una categoría es “un instrumento privilegiado del analista en el análisis cualitativo de teorización. A través de la categoría la teorización comienza a emerger, el investigador, sin detenerse, maneja, desarrolla, relaciona, subdivide, etc.²⁰¹¹”.

El desarrollo de las categorías es algo importante ya que es el punto de partida para la definición conceptual y adecuación empírica, por lo que se debe definir con claridad.

La categoría teórica tal como lo menciona Souza, citado por Hernández³⁷

Las categorías teóricas son pensadas como conceptos que reúnen ciertos elementos, con caracteres comunes y bajo un título genérico; las categorías

^d Proceso de indagación que se planea antes de la recolección de la información¹.

empíricas se construyen con un propósito operacional, a partir del trabajo de campo, tiene la posibilidad de obtener y aprehender determinaciones y especificidades que se manifiestan en la realidad empírica

Las categorías utilizadas en este estudio, de manera a priori se presentan a continuación:

Cuadro 3. Categoría teórica y empírica: percepción

Categoría Teórica	Definición Conceptual	Categoría Empírica	Definición Empírica
Percepción	Proceso complejo y subjetivo que forma parte del conocimiento que el individuo aplica al interactuar con el mundo objetivo al percibirlo, los cuales concurren con una serie de eventos que pueden comprenderse textualizando en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona así como de las condiciones materiales de vida.	Simbólica	Aquella ligada a un concepto o significado positivo o negativo hacia la "Tarjeta binacional de salud de tuberculosis"
		Emocional	Aquella que dé lugar a algún sentimiento o emoción tanto agradable como desagradable hacia la "tarjeta binacional de salud de tuberculosis"
		Social	Aquél elemento que refiera una interacción con otros individuos en la misma condición en relación a la "Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis"

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro 4. Categoría teórica y empírica: Ausencia de la tarjeta binacional

Categoría Teórica	Definición Conceptual	Categoría Empírica	Definición Empírica
Ausencia de la Tarjeta Binacional	Falta o desconocimiento del uso de la tarjeta binacional de salud de tuberculosis por parte de la persona afectada por la tuberculosis	Simbólica	Aquel concepto ligado a un significado positivo o negativo relacionado a la falta o desconocimiento de la Tarjeta Binacional de salud, que lleve al usuario a buscar otro medio de tratamiento para la tuberculosis; así como al prestador de servicio que lleve a la búsqueda de un medio de tratamiento para el paciente en los Estados Unidos
		Emocional	Aquel ligado a un sentimiento o emoción tanto agradable como desagradable del usuario o prestador de servicio sobre la necesidad en la búsqueda de un tratamiento para la tuberculosis en Estados Unidos.
		Social	Aquél elemento que refiera una interacción con otros individuos en la misma condición en relación a un tratamiento para la tuberculosis en centros de salud de los Estados Unidos.

Fuente: Elaboración propia

4.2 Técnica, instrumento y procedimiento cualitativos para recolección de información

En este apartado se establece la forma en como se llevará a cabo la investigación, es decir, la manera en como serán recolectados los datos.

4.2.1 Procedimiento y técnica de recolección de datos

La recolección de datos es un proceso en el cual se busca la realidad natural y compleja que se pretende estudiar a través de una representación o modelo que nos resulte más comprensible y fácil de tratar²¹.

Rodríguez²¹ en su libro "Metodología de la investigación cualitativa" nos presenta una clasificación de los procedimientos y técnicas de recolección de datos de acuerdo a quiénes lo solicitan y aportan la información; los cuales se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Recolección de la información

La información se recoge a partir de:			
La forma en que el investigador percibe e interpreta la realidad	La perspectiva de los demás participantes en la investigación	La respuesta de los participantes a la perspectiva del investigador	La perspectiva que investigador o participantes tienen de sí mismos
Observación (listas de control, sistemas de categorías, sistemas de signos, observaciones no estructuradas, documentos y diarios, fotografías y videos)	Entrevistas no estructuradas, documentos, diarios	Entrevistas estructuradas, cuestionarios, test, técnicas proyectivas	Diarios, cuestionarios autoaplicables, técnicas de grupo

Fuente: Rodríguez, GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. España: Ediciones Aljibe. 1999. 114 p.

Para Garrido⁴⁴, citando a González Casanova, las técnicas sociales son aquellas que nos ayudan a enriquecer nuestro instrumento teórico y metodológico ya que nos permiten conocer un fenómeno, por lo que ésta es importante para la aprehensión de un "conocimiento de la realidad objeto de estudio más o menos congruente dependiendo del modelo y de las técnicas de investigación que utilicemos en nuestros estudios"⁴⁴. Es así que los procedimientos técnicos para recolectar información, se basan a partir del nivel de profundidad que se desea ya sea a través de las técnicas para trabajar con personas (lugar de los acontecimientos) o con el contexto (donde se registra el acontecimiento).

Los procedimientos y técnicas utilizados para la recolección de datos se adaptan a los objetivos del investigador basado en la intencionalidad de éste al determinar "su carácter más o menos estructurado o el grado en que se guía la respuesta de los sujetos"²¹, por lo que, un mismo procedimiento se puede utilizar para la descripción de un evento, interpretar lo que las personas hacen o piensan o contrastar una explicación, etc.

Cuadro 6. Procedimientos y técnicas para recolección de información

Objetivos	Procedimientos y técnicas
Describir una situación	Cuestionarios, observación no estructurada, entrevista no estructurada
Contrastar una explicación	Tests, lista de control, sistema de categorías, sistema de signos
Interpretar lo que otros piensan	Diario, documento, biografía, entrevista no estructurada
Analiza lo que pienso	Autobiografía, diario, observación no estructurada
Ayudar a que otros tomen conciencia	Diario, unidades narrativas, triangulación

Fuente: Rodríguez, GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. España: Ediciones Aljibe. 1999. 114 p.

Con lo anterior, nos damos cuenta que en la investigación cualitativa existen diversos procedimientos y técnicas que nos ayudan a recoger o solicitar información desde la perspectiva de los participantes. Existen algunos procedimientos tales como la observación y la encuesta que tienen un mayor nivel de estructuración, así mismo, encontramos aquellos procedimientos que presenta un nivel más bajo de estructuración como por ejemplo las entrevistas no estructuradas o etnográficas; sin embargo, ambas nos facilitan la recogida de información.

Como se puede observar, existen diversos tipos de procedimientos para la recolección de datos, para este estudio el

procedimiento de recolección de datos se llevará a cabo mediante la entrevista a profundidad ya que como se describirá más adelante, esta técnica nos ayudará a obtener información sobre la percepción del entrevistado respecto a la Tarjeta binacional de salud.

4.2.1.2 La entrevista a profundidad como técnica para la recolección de datos

Como técnica se entiende a aquel "conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación"³⁹, dentro de la investigación cualitativa una de las técnicas con las que cuenta el investigador es la entrevista, la cual es una técnica donde se da una "comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto"³⁹.

Para Balcázar, la entrevista es "una técnica donde se tiene una interacción cara a cara con la otra persona, mediante preguntas a través de las cuales se obtienen algunos datos"¹⁹, por lo que nos presenta una lista de características que hacen a esta técnica importante para la recolección de datos:

- Está basada en la comunicación verbal
- Es estructurada, metódica y planificada
- Se complementa con un guión o cuestionario
- Es un procedimiento de observación
- Su fin es la recogida de datos
- Su uso es para selección, diagnóstico, terapéutico, encuesta, etc.
- Se da una relación asimétrica entre el entrevistador y entrevistado
- Existe una influencia bidireccional entrevistado-entrevistador.

Dentro de la investigación cualitativa, la entrevista de acuerdo a Aguirre-Baztán citado por Balcázar³⁹ es entendida como una técnica que se utiliza para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión de temas.

La entrevista cualitativa "exige precisamente la libre manifestación por los sujetos entrevistados de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), creencias (expectativas) y deseos (motivaciones conscientes e inconscientes)".¹⁹

La entrevista en profundidad es la técnica en donde:

El entrevistador desea obtener información sobre determinado problema y a partir de él establece una lista de temas en relación con los que se focaliza la entrevista, quedando ésta a la libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a establecer determinado factor, pero sin sujetarse a una estructura formalizada de antemano²¹.

Para Spradley, citado por Rodríguez, la entrevista en profundidad se entiende como "una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal"²¹, por lo que nos presenta elementos "diferenciadores" de esta técnica:

- a. Existencia de un propósito explícito
- b. Presentación de explicaciones al entrevistado
- c. Formulación de cuestiones
- d. Dialogo asimétrico
- e. Se busca deliberadamente la repetición de lo que ha afirmado el informante
- f. Implica expresar interés e ignorancia por parte del entrevistador

La entrevista requiere de un diseño flexible, por lo que el número o tipo de informantes no es especificado desde un principio. Para iniciar una entrevista, el investigador debe tener una idea general de la o las personas a entrevistar así como la manera de encontrarlas, consciente de que el curso de la entrevista inicial puede cambiar, por lo que debe tener muy claro de que:

El entrevistado o informante es una persona que le da sentido y significado a la realidad. Desde esta perspectiva, la entrevista se concibe como una interacción social entre personas gracias a la que va a generarse una comunicación de significado: una persona va a intentar explicar su particular visión de un problema, la otra va a tratar de comprender o de interpretar esa explicación³⁹.

La entrevista a profundidad se realiza en varias etapas, las cuales son de acuerdo a Taylor y Bogdan así como Aguirre Baztán, citados por Balcázar:

1. Selección de informantes
2. Realización de una guía de entrevista
3. Realización de la entrevista

Los elementos que una entrevista en profundidad requiere para obtener los aspectos más destacados de la interacción social son:

- a. Relación entrevistador-entrevistado: donde se busca obtener la confianza y entendimiento mutuo, a través de un fase de exploración
- b. Comienzo de la entrevista: Se debe asemejar a una conversación libre, por lo que se recomienda hablar de modo relajado con el objetivo de ir introduciendo poco a poco aquellas preguntas cuya respuesta es lo que se busca. Además se debe dejar en claro cuáles son los propósitos del estudio
- c. Situación de la entrevista: Esta se debe llevar a cabo en un clima que respete la interacción de ambas personas, por lo que se debe dejar hablar al entrevistado sobre el tema de modo que pueda expresar libremente sus ideas. Algunos elementos que ayudan a conseguir un clima de naturalidad y libre expresión son: No emitir juicios sobre la persona entrevistada, permitir que la persona hable, prestar atención, ser sensible.

Para Garrido⁴⁴, la utilización de la entrevista a profundidad se debe realizar de la siguiente manera:

1. Conceptos y generalidades
2. Metodología de aplicación: arranque arbitrario, guía temática, nuevas líneas, saturación del habla.
3. Constitución del equipo cualitativo
4. Desarrollo de la entrevista: tipología de las preguntas cualitativas, hipótesis de trabajo, muestreo teórico.
5. Criterios de selección de la variable discursiva: Inferencia personal, inferencia profesional.
6. Análisis de la información cualitativa
7. Contexto del análisis del discurso de la variable discursiva

4.2.2 Instrumentos para la recolección de datos en la entrevista a profundidad

Para la realización de una entrevista a profundidad se requiere la utilización de diversos instrumentos:

1. Grabadora o videgrabadora: La cual nos permitirá registrar con fidelidad todas las interacciones verbales, así como prestar mayor atención a lo que el informante nos comenta. Sin embargo, no siempre se puede hacer uso de este instrumento ya que la persona entrevistada se puede negar.
2. Recursos humanos: El cual se refiere a las personas que formarán parte de la entrevista, en este caso: entrevistado, entrevistador y observador.
3. Guía tema o Guía temática.

4.2.2.1 Guía tema para la entrevista a profundidad

La guía tema es aquella conformada por una lista donde se establecen los temas a tratar con el entrevistado en forma esquemática y de manera que lleve al investigador a establecer o generar un diálogo y a no omitir información importante al establecer preguntas para cada objetivo buscado.

Para poder realizar una guía tema es necesario la realización de los siguientes pasos:

1. Generación de lluvia de ideas: La cual consiste en establecer todas aquellas preguntas, frases, conceptos que se vengan a la mente, aunque estos no tengan relación con la investigación.
2. Desarrollo de categorías: Una vez que realizada la lluvia de ideas, las ideas similares se agrupan para obtener así temas o subtemas a tratar dentro de la entrevista.
3. Elección de formato: En este punto, el investigador decide si se realizará un guía más estructurada o un poco más abierta, es decir, establecer la categoría a tratar. Esta decisión de formato, depende de la experiencia del investigador.
4. Preguntas para realizar la entrevista: Existen diversos tipos de preguntas las cuales se realizan dependiendo de la variable discursiva, dentro de esta clasificación podemos encontrar⁴²:
 - a. Pregunta introductoria: En la cual se busca identificar el potencial discursivo y argumentativo del entrevistado.
 - b. Pregunta específica: Se busca conocer aspectos centrales y específicos
 - c. Pregunta directa: Caracterizada por introducir dimensiones sociales
 - d. Preguntas Indirectas: Con esta pregunta se busca obtener la información que se requiere cuando el entrevistado no contesta una pregunta directa.
 - e. Pregunta silenciosa: Esta se realiza cuando el entrevistado responde algo que interesa ser profundizado, dicha pregunta se realiza generando una expresión de extrañeza y confusión.

4.2.2.1 Guía tema como instrumento de recolección de información

El instrumento para la recolección de información en esta investigación es la guía tema; para esto, se han elaborado dos guías: una para el usuario de la Tarjeta binacional de salud y otra guía para el prestador de servicios.

La guía destinada al usuario de la Tarjeta binacional de salud consta de cuatro apartados:

El primer apartado consta de información general de la entrevista, el segundo está dedicado a la presentación del investigador, así como a la autorización para poder grabar o no la entrevista, en el tercer apartado se recaba algunos datos generales del entrevistado y por último las preguntas construidas, las cuales se presentan a continuación:



Universidad Veracruzana Instituto de Salud Pública



Maestría en Salud Pública

GUÍA DE ENTREVISTA

Usuario

Entrevista no. _____

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Hora de inicio: _____ **Hora de término:** _____

Duración de la entrevista: _____

Entrevistador: _____

Instrucciones:

Realizar las siguientes preguntas al usuario con previa autorización del mismo.

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es Nesly Teresa Muñoz Cortés, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública.

Estoy realizando un estudio acerca de la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis, como parte de este estudio me encuentro efectuando una serie de encuentros como este.

Me permite entrevistarle para conocer su perspectiva sobre la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis.

En este espacio usted, podrá hablar todo lo que desee con respecto a la Tarjeta Binacional de Salud; sus datos y comentarios serán confidenciales.

Con el propósito de favorecer este estudio, el cual tiene fines académicos, si no tiene usted ningún inconveniente y para efecto de tener una información mas apegada a la realidad, me es necesario grabar la entrevista pero necesito hacerlo con su consentimiento. ¿Me permite?

Antes de continuar me gustaría me proporcionara algunos datos:

Nombre:	Edad:
Lugar de residencia:	Estado Civil:
Ocupación:	
Tiempo de radicar en EUA:	
Tiempo de haber regresado:	

1. ¿Me podría hablar sobre los motivos que lo llevaron a tomar la decisión de ir a los Estados Unidos?

- Económicos
- Sociales
- Culturales
- Educación
- Otro ¿Cuál ha sido este motivo?

2. Cuando usted decidió irse a los Estados Unidos, ¿sabía que estaba enfermo?

SI	NO
Necesidad de llegar a EUA Búsqueda de atención médica en el trayecto hacia EUA	Forma de darse cuenta (síntomas)
Búsqueda de Centro de Salud en EUA para ayuda	Aspectos que llevaron a buscar atención en un Centro de Salud
Forma de llegar al centro de salud	
Actividades en el centro de salud	

3. Una vez que le dijeron que usted padecía tuberculosis, ¿Cómo se sintió cuando se enteró?

- Emociones (positivas/negativas)
- Conocimiento de la enfermedad
- Aceptación de la enfermedad

4. ¿Qué implica para usted padecer tuberculosis?

5. ¿Conoce usted la Tarjeta binacional?

6. ¿cómo se enteró de la existencia de la Tarjeta binacional?

- Descripción de la tarjeta
- Personal de salud en EUA/ Personal de Salud en México
- Amistades

7. ¿Qué me puede decir acerca de la tarjeta?

- Aspectos positivos
- Aspectos Negativos
- Facilidad o no del tratamiento en ambos países
- Conocimiento de personas que utilizan la Tarjeta
- Consideraciones del uso de la tarjeta
- Medios de distribución

8. Si no cuenta con la Tarjeta Binacional, ¿Qué tratamiento lleva?

9. ¿Quién le está proporcionando el Tratamiento?

En relación con la guía tema para el prestador de servicio, en los tres primeros apartados se mantienen de la misma forma, cambiando únicamente en la estructura de las preguntas, a continuación se presenta la guía tema para el

prestador de servicio



Universidad Veracruzana

Instituto de Salud Pública



Maestría en Salud Pública

GUÍA DE ENTREVISTA

Prestador de servicio

Entrevista no. _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____

Duración de la entrevista: _____

Entrevistador: _____

Instrucciones:

Realizar las siguientes preguntas al prestador con previa autorización del mismo.

Buenos días/tardes/noches, mi nombre es Nesly Teresa Muñoz Cortés, soy estudiante de la Maestría en Salud Pública.

Estoy realizando un estudio acerca de la Tarjeta Binacional de Salud, como parte de este estudio me encuentro efectuando una serie de encuentros como este.

Me permite entrevistarle para conocer su perspectiva sobre la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis.

En este espacio usted, podrá hablar todo lo que desee con respecto a la Tarjeta Binacional de Salud; sus datos, comentarios serán confidenciales.

Con el propósito de favorecer este estudio, el cual tiene fines académicos, si no tiene usted ningún inconveniente y para efecto de tener una información mas apegada a la realidad, me es necesario grabar la entrevista pero necesito hacerlo con su consentimiento. ¿Me permite?

Antes de continuar me gustaría me proporcionara algunos datos:

Nombre:	Edad:
Cargo que desempeña:	
Tiempo laborando en el cargo:	

1. ¿Cuál es su opinión sobre la migración?

- Aspectos positivos
- Aspectos negativos
- Relación migración-salud
- Situación actual de la migración en su entidad

2. ¿Me podría mencionar algunos programas de detección de tuberculosis?

- Programa de acción par la prevención y control de la tuberculosis
- Programa binacional de salud

3. ¿Qué me puede decir sobre el programa binacional de salud?

- Aspectos generales del programa
- Existencia de la Tarjeta Binacional

4. ¿Qué me puede decir acerca de la Tarjeta Binacional de Salud?

- Conocimiento de la Tarjeta Binacional
- Aspectos positivos
- Aspectos negativos
- Mecanismos de empleo

5. ¿Considera que la Tarjeta Binacional de Salud de Tuberculosis, ayuda a la continuidad del tratamiento del paciente?

- Aspectos positivos
- Aspectos económicos
- Aspectos de salud
- Aspectos administrativos
- Dificultades
- Medios de distribución

6. ¿Cuál es el procedimiento para manejar a un migrante afectado por la tuberculosis que no cuenta con la tarjeta binacional?

4.3 Validación y confiabilidad del instrumento

En la investigación cualitativa, la cual busca explorar, descubrir y comprender, los términos validación y confiabilidad son reemplazados por los criterios de credibilidad, confiabilidad, confirmabilidad y transferibilidad, los cuales son las "pautas para evaluar el rigor de los estudios cualitativos"⁴⁵

La **credibilidad**, (Validez interna cualitativa) este término es el correspondiente a validez en la investigación cualitativa, el cual es el "valor de autenticidad, es el criterio correspondiente para la investigación cualitativa, este se concentra en la confianza, en la autenticidad de los resultados, incluida una interpretación exacta del contenido"⁴⁴

La definición que Mertens, citado por Hernández, utiliza para comprender la credibilidad es "la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados al planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante"⁴¹.

Este criterio puede tener amenazas tales como la reactividad, tendencias y sesgos tanto del investigador como de los participantes; es por esta razón que Hernández nos presenta las recomendaciones para incrementar la credibilidad que Coleman y Unrau efectúan⁴¹:

- Evitar que las creencias y opiniones propias afecten la claridad de las interpretaciones de los datos
- Todos los datos deben ser considerados importantes
- Privilegiar a todos los participantes por igual
- Buscar evidencia positiva y negativa por igual

- Estar conciente de la influencia que se da entre los participantes y el investigador.

Por otro lado, de acuerdo a Franklin y Ballau, citados por Hernández, la credibilidad se logra mediante⁴¹:

- Corroboración estructural: Proceso mediante el cual varias partes de los datos se "soportan conceptualmente" entre sí.
- Adecuación referencial: Un estudio la posee cuando nos proporciona cierta habilidad para visualizar características que se refieren a los datos y que no hemos notado por nosotros mismos.

Por otro lado, también se nos presentan algunas medidas para poder incrementar esta credibilidad:

1. Estancias prolongadas en el campo
2. Muestreo dirigido o intencional: Elegir ciertos casos, analizarlos y para posteriormente, confirmar o no los primeros resultados. La riqueza de estos datos es mayor debido a que expresan múltiples puntos de vista.

Transferencia (validez externa cualitativa), la cual se refiere a la aplicación de una parte o la esencia de los datos se puede aplicar en otros contextos, es decir:

Las lecciones aprendidas en los estudios cualitativos pueden ser aplicadas a otros contextos si las muestras han sido cuidadosamente seleccionadas para representar puntos de vista y experiencias que reflejen aspectos fundamentales del problema investigado⁴⁵

Ya que la repetición del estudio, con resultados similares, ayuda a dar credibilidad de estos ayudando además a especificar mejor las circunstancias en los que se producirán los resultados.

Confirmabilidad: Es un criterio vinculado con la credibilidad, el cual se refiere a demostrar que los sesgos y tendencias del investigador han sido minimizados.

En relación a la **confiabilidad** (dependencia cualitativa) esta se entiende como "la medida en que se pueden reproducir los datos"⁴⁵; es decir, que diversos investigadores pueden recolectar datos similares en el campo, efectuar el análisis y generar datos similares, por lo que los nuestros deben tener interpretaciones coherentes, ser revisados

por varios investigadores, así como grabar y reportar todos los detalles de estos.

Existen dos clases de confiabilidad²⁹:

- a. Interna: Por lo menos dos investigadores generan temas similares
- b. Externa: Diversos investigadores generan temas similares en el mismo ambiente y periodo

Así mismo, para obtener una mayor confiabilidad se deben seguir las siguientes medidas, las cuales han sido proporcionadas por Hernández citando a Franklin y Ballau⁴¹:

- Examinar las respuestas de los participantes a través de preguntas "paralelas" o similares.
- Establecer procedimientos para registrar sistemáticamente la información
- Incluir chequeos cruzados (codificaciones del mismo material por dos investigadores)
- Introducir auditoría externa (revisión de proceso por un experto)
- Establecer cadenas de evidencia

Para Garrido⁴⁴, el instrumento de recolección de datos para contar con confiabilidad y validez debe atravesar por un proceso de construcción riguroso:

1. Su construcción se debe realizar con responsabilidad así como con la asesoría de investigadores expertos (conocedores del tema)
2. Consulta de literatura pertinente
3. La redacción de las preguntas, sin caer en el simplismo académico, se deben realizar en términos coloquiales, procurando que éstas sean entendibles
4. No se deben perder de vista los objetivos del estudio ni los apartados que lo constituyen
5. En medida de lo posible registrar información vigente, pertinente y contextual

De acuerdo, a lo establecido anteriormente, la validez y confiabilidad para el instrumento de recolección de datos para esta investigación, se dará a través de la asesoría y ayuda de los expertos en el tema con el objetivo de establecer coherencia y entendimiento de las preguntas; así como la que será utilizada para el usuario como para el prestador de servicios, así mismo, se realizará una prueba piloto a algunos prestadores de los Servicios de Salud de Veracruz. Cabe aclarar, que no se realizará una prueba piloto con los usuarios debido a las limitantes que se tienen para poder contactar con ellos, es así que

por eso nos limitaremos como se ha mencionado líneas arriba a validar con expertos en el tema.

4.4 Técnicas y procedimientos para el análisis de la información

En este apartado se establece la forma en como se llevará a cabo el análisis de los datos obtenidos a través del trabajo de campo.

4.4.1 Análisis de datos cualitativos

En todo estudio de investigación, de manera sistemática se deben examinar los datos obtenidos para poder descubrir patrones, aciertos, fracasos; por lo que el proceso de recolección y análisis debe ser documentado de la mejor manera posible, esto con el objetivo de que en un futuro otros puedan continuar el estudio, comprender las decisiones tomadas o verificar los datos de forma independiente.

De acuerdo a Rodríguez, el análisis de datos se define como “un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación”;²¹ por lo que debemos tener claro que esto supondrá examinar de manera sistemática el conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo.²¹

El análisis de los datos cualitativos, comienza desde las primeras actividades a realizar durante el trabajo de campo que nos pueden llevar a revisiones o correcciones a medida en que nuestro estudio progresa; es por esto, que Ulin en su libro “investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos”⁴⁵ nos menciona algunos principios que guían el análisis cualitativo:

1. Las personas difieren en cuanto a sus experiencias e interpretaciones de la realidad
2. Es preciso conocer y estar conscientes de las propias perspectivas durante la recolección y el análisis de datos.
3. Tomar nota de lo que podrían ser explicaciones incipientes y verificarlas comparándolas con los datos brutos.
4. No se puede comprender un fenómeno social fuera de su contexto.
5. La teoría guía la investigación cualitativa y es también un resultado de esta.
6. El plan de análisis debe comenzar con los conceptos

y las categorías que han guiado el diseño de la investigación.

4.4.2 Tipos de análisis de datos cualitativos

Para Amezcua⁴⁶, tomando en cuenta a Hammersley y Atkinson, existen estudios que van desde la descripción de datos hasta aquellos que buscan interpretar a partir de proposiciones teóricas; entre los que nos menciona:

1. Estudios descriptivos: que responden a la clasificación de Taylor y Bogdan de etnográficos, los cuales tratan de responder a las preguntas ¿qué está sucediendo? y ¿cómo?, y pretenden proporcionar una imagen fiel de lo que la gente dice y el modo en que la gente actúa, por lo que se da una mínima interpretación y conceptualización, a manera de que, se permita que sean los propios lectores quienes extraigan sus propias conclusiones y generalizaciones.
2. Estudios Interpretativos: los cuales utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá del sujeto de estudio. Dentro de esta clasificación podemos encontrar el Análisis de Contenido, el cual se basa en la formulación de inferencias y pruebas de hipótesis para su verificación o rechazo, para lo cual utiliza la teoría fundamentada al generar conceptos, proposiciones e hipótesis a partir de datos.

Por otro lado, tenemos el análisis del discurso; el cual surge del análisis de contenido, sin embargo, se encuentra caracterizado por un enfoque crítico de los problemas sociales, de poder y desigualdad; pretende formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje, la comunicación de creencias y la interacción en situaciones de índole social.

Un punto característico en este tipo de análisis consiste en “proporcionar descripciones integradas en sus tres dimensiones: ¿Cómo influye el uso del lenguaje en las creencias y en la interacción, o viceversa?, ¿Cómo influyen los aspectos de la interacción en la manera de hablar?, ¿Cómo controlan las creencias el uso del lenguaje y la interacción?”.⁴⁷

4.4.3 Procedimiento del análisis de datos cualitativos

Para Rodríguez,⁴⁸ el análisis de datos se encuentra configurado en torno a tres grandes áreas:

1. Reducción de datos: Con la cual se busca la simplificación de los datos, es decir hacer una selección

de la información para hacerla más abaricable y manejable.

Por lo que el proceso de categorización y codificación, se convierten en las decisiones más inmediatas en el proceso general de reducción de datos; por lo que se establece una secuencia a seguir de tres pasos:

- a. Separación de unidades de contenido, que determina criterios de separación especial, temporal, temática, gramatical, conversacional y social.
- b. Identificación y clasificación de unidades que conllevan a una categorización y una codificación: Una vez que se han separado las unidades de análisis, se necesita identificar y etiquetar cada una, es decir, categorizar y codificar.

Como categorización entenderemos aquella herramienta importante en el análisis de datos cualitativos que hace posible clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico; ya que soporta un significado o tipo de significados; por lo que pueden referirse a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos y estrategias, procesos.

El proceso de construcción de las categorías puede ser de diversos tipos: **Inductivo**, el cual consiste en elaborar las categorías a partir de la lectura y examen del material recopilado sin tomar en consideración categorías de partida; **deductivo**: las categorías están establecidas a priori, siendo función del investigador adaptar cada unidad a una categoría ya existente; y **mixto**: a través del cual el investigador tomaría como categorías de partida las existentes, formulando alguna más cuando este repertorio de partida se muestre ineficaz, es decir, que no contenga dentro de sus sistema de categorías ninguna capaz de cubrir con alguna unidad de registro.

Por codificación, se entiende como la operación concreta por la que se asigna a cada unidad un indicativo propio de la categoría en la que consideramos está incluida.

- c. Síntesis y agrupamiento: Una vez identificado y clasificada la información, esta se ubica en diferentes unidades de datos bajo un mismo tópico o concepto.
2. Disposición y transformación de datos: El objetivo en este paso, es tener una idea general de los datos y distinguir los temas centrales y los secundarios; por

lo que se necesita establecer un procedimiento de disposición y transformación de datos que nos ayude a su examen y comprensión, a la vez que condicione las posteriores decisiones que se establecerán tras los análisis pertinentes; para esto se pueden utilizar: gráficos (que permiten presentar datos y ver relaciones y descubrir su estructura profunda), diagramas y matrices o tablas de doble entrada (las cuales permiten reunir una cantidad de fragmentos de textos conexos en un solo lugar y abreviar los comentarios de las categorías de codificación para reducir un conjunto complicado de datos a un tamaño más manejable).

3. Obtención de resultados y verificación de conclusiones: Para la realización de este punto es necesario el establecimiento de metáforas y analogías, así como la inclusión de viñetas donde aparezcan fragmentos narrativos e interpretaciones del investigador.

El proceso de obtención de resultados se divide en dos: a) Para datos textuales; el cual consiste en la descripción e interpretación, recuento y concurrencia de códigos, comparación y contextualización y, b) Para datos transformados en valores numéricos: Técnicas estadísticas, comparación y contextualización.

El proceso para alcanzar conclusiones se divide en dos: a) Para datos textuales; el cual consiste en la consolidación teórica, aplicación de otras teorías, uso de metáforas y analogías y, b) Para datos transformados en valores numéricos: Uso de reglas de decisión.

Para este estudio el procedimiento de análisis de datos que se utilizará será a través del discurso interpretativo; ya que se busca mediante una deconstrucción del discurso basado en el interaccionismo simbólico explicar la percepción que los usuarios y prestadores de servicio de salud tienen sobre la Tarjeta binacional de salud de tuberculosis; así mismo, se buscará llegar a un tercer nivel de análisis al revisar las categorías y subcategorías que se definirán en el segundo nivel de análisis para así poder llegar a la interpretación de dicha percepción

Para la organización de la información, se utilizará el criterio temático, ya que está en función de un tema en específico; la clasificación de las categorías será a través del proceso de construcción deductivo debido a que nuestras categorías han sido establecidas a priori; para así llegar a la elaboración de la matriz que nos ayudará a la reducción y futuro análisis de datos.

Dicha matriz consta de 9 columnas, en donde en cada una de las columnas se establecerá la categoría empírica, subcategoría, si estas se encuentra presente o ausente en el discurso; transcripción fiel del fragmento del discurso donde la categoría o subcategoría esté presente, el número de párrafo, tema emergente, contexto en el cual fue dicho y comentario del entrevistador.

Se realizará una matriz por cada una de las categorías teóricas; por lo que para cada entrevistado se realizarán tres matrices de análisis de información; a continuación se presenta dicha matriz:

Cuadro 6. Matriz de análisis de información

Entrevista No. _____

Variable Discursiva: _____

Categoría Teórica: _____

Categoría empírica	Subcategoría empírica	Presente	Ausente	Discurso	Discurso	Número de párrafo	Tema emergente	Contexto	Comentario

Fuente: Elaboración Propia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar VL. La hechura de las políticas. México: Miguel Ángel Porrúa editor; 2007. 23-24 p.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Anaya Editores; 2007. 77-79 p.
3. Ley de Planeación. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1983. Texto Vigente. Última reforma publicada DOF 13-16-2003. [Consultado 26 Sep 08] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/59.pdf>
4. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Texto vigente en línea. [Consultado 28 Sep 08] Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=home>
5. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. Texto vigente en línea. [Consultado 28 Sep 08] Disponible en: http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
6. CONAPO. Migración mexicana hacia Estados Unidos: La migración mexicana hacia la Unión Americana tienes sus raíces en la segunda mitad del siglo XIX. Consultado: 26 Ago 08. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/mig_int/03.htm
7. Durand J. Braceros: Las miradas mexicana y estadounidense. Antología (1945-1964). México: Miguel Ángel Porrúa Editores. 2007. 12 p.

8. Movimiento Masivo de los Braceros. [Consultado 26 sept. 08]. Texto en línea Disponible en: <http://www.farmworkers.org/pbracero.html#anchor399949>
9. Cabrera E. Desafíos de la migración: Saldos de la Relación México-Estados Unidos. México: Editorial Planeta Mexicana. 2007. 13 p.
10. Salud del Migrante. Objetivos de la Dirección General Adjunta de Salud y Apoyo al Migrante. Texto en línea [Consultado: 18 sep 08] Disponible en: <http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/interior/objetivos.html>
11. Organización Internacional para las Migraciones. Migración y Trabajo. Sección 2.6. [Consultado: 26 Ago. 08]. Disponible en <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/es/pid/532>
12. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/index.html>
13. Organización Mundial de la Salud. Control mundial de la tuberculosis 2008. [Consultado: 20 Sept 08]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2008/key_points/es/index.html
14. Zenteno CR. Tuberculosis: Realidades y perspectivas. Tópicos selectos de la salud pública. México: Universidad Veracruzana. 9 p.
15. Secretaría de Salud de Veracruz. Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis 2007-2008. Archivo electrónico.
16. Universidad Iberoamericana. El Bordo. Retos de frontera. Migración en la Frontera Norte. [Consultado: 20 Sept 08]. Disponible en: http://www.tij.uia.mx/elbordo/vol04/bordo4_norte1.html
17. Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Agenda Bilateral del Programa Frontera Saludable 2010. Texto en línea. [Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: http://www.borderhealth.org/files/res_819.pdf
18. Proyecto Binacional de los EUA y México para Referencia y Manejo de Casos de Tuberculosis. 2003. Archivo Electrónico.
19. Balcázar NP. Investigación Cualitativa. México: Ciencias Sociales: sociología. 2007. 7 p.
20. Mucchielli A. Diccionario de Métodos cualitativos en ciencias humanas y sociales. España. Editorial Síntesis. 1996. 67 p.
21. Rodríguez, GG, Gil FJ, García JE. Metodología de la investigación cualitativa. España: Ediciones Aljibe. 1999. 33 p.
22. Magalhaes BML, Mercado FJ. Investigación cualitativa en los Servicios de Salud. Argentina: Lugar Editorial. 2007. 63 p.
23. Cabrera AGA. Teorías y modelos en salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Colombia. 2007. Documento Electrónico.
24. Ajzen. Teoría del Comportamiento Planificado. 12Manage. Texto en línea. [Consultado 01 oct. 08] Disponible en: http://www.12manage.com/methods/ajzen_theory_planned_behaviour_es.html
25. Ritzer G. Teoría Sociológica Moderna. España. Mc Graw-Hill. 2002. 247-277 p.
26. Cáceres M. Introducción a la comunicación interpersonal. Madrid: Síntesis; 2003
27. Murphy J. La importancia de la percepción de los Stakeholders en la comprensión del impacto: El programa del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) y la calidad del servicio de la salud primaria en El Salvador. Texto en línea. [Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/EnArticulo/queryDetalle.do?sessionId=E41FC30409F2812D0C1FCC42A87DCE2D?secuencial=4&cod_revista=257&cod_articulo=32&cod_fasciculo=4
28. Lozano CM. Evaluación cualitativa de los impactos del Programa Oportunidades, en alimentación, salud y educación en los municipios del sur de Yucatán (2004-2005). Texto en línea. Consultado: 20 Sep 08]. Disponible en: evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/publicaciones.php
29. Sachii M. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de

- la Ciudad de Salta. Texto en línea (consultado 25 sep 08) Disponible en: <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=2492753>
30. Carvajal R.; Cabrera GA. Percepciones de los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las acciones de control de tuberculosis en el Valle del Cauca, Colombia. Texto en línea. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No4/BODY/CM35N4A3.HTM>
 31. Cruz-Escobosa María Isabel, Sorroche-Rodríguez Juan Francisco, Prados-García Francisco. Percepción y expectativas de cuidadoras de niños con gran discapacidad: Sobre la atención sanitaria recibida. *Index Enferm.* [periódico en Internet]. 2006 Nov. [citado 2008 Sep. 20]; 15(54): 15-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200003&lng=pt&nrm=iso.
 32. Corona AAE, Morales CG et Al. Conocimientos, percepciones y prácticas de grupos de población respecto a la tuberculosis. 1994-1996. Texto en línea. [Consultado 09 Sep 08] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol52_2_00/mtr06200.pdf
 33. Álvarez-Gordillo GC, Álvarez-Gordillo JF, Dorantes-Jiménez JE, Halperin-Frisch D. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública México*: 2000; 42:520-528. [Consultado 09 Sep 08] Texto en Línea. Disponible en: www.insp.mx/rsp/files/File/2000/num_6/426_6_percepciones_prac.pdf
 34. Riley A. Assessing use of the Binational Health Card for Tuberculosis among patients in the San Diego-Tijuana Border Region. 2003. Documento electrónico
 35. Schneider D. Continuidad de la terapia para tuberculosis (TB) para personas detenidas por U.S Immigration and Customs Enforcement (ICE). Documento Power Point Electrónico. Disponible en: www.crmsv.org/Presentaciones/Diana_Schneider-Programa_medico.ppt
 36. Datos proporcionados por la Dirección General de Atención a Migrantes del Estado de Veracruz. 29 sept. 08
 37. Hernández GE, Saldaña ISA. Investigación Cualitativa: Guía práctica para la elaboración del proyecto. México, Documento electrónico. 2003
 38. Cortés REI. Género y envejecimiento: Una aproximación a los significados de la salud y la enfermedad-padecimiento en las ancianas". México: Tesis para obtención de grado. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública. 2006
 39. Pineda EB, De Alvarado EL, de Canales FH. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Estados Unidos. Organización Panamericana de la Salud. OPS. 1994
 40. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Argentina. Paidós Básica. 1996
 41. Hernández SR, Fernández HC, Baptista LP. Metodología de la Investigación. México. McGraw Hill. 2006
 42. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. España. Editorial Síntesis, S.A. 1997
 43. Zubieta VFA. Programas de Salud Mental: en la mira de los Actores sociales (caso Xalapa, Ver.). México: Tesis para obtención de grado. Universidad Veracruzana. Instituto de Salud Pública. 2008
 44. Garrido C. Manual de Investigación e intervención social en las Ciencias Sociales: el caso de la migración de veracruzanos a Estados Unidos. Documento en proceso. 2008
 45. Ulin PR, Robinson ET, Tolley Elizabeth. Investigación aplicada en salud pública: Métodos Cualitativos. Estados Unidos. USAID, OPS, Family Health International.
 46. Amezcua M, Gálvez TA. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002; 76. No. 5 Sep-Oct. 2002. 423-436
 47. Van Dijk, TA. El estudio del discurso. Copias proporcionadas en clase.
 48. Rodríguez SC. Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades., SocioTAM*. Julio- Diciembre. Año/

ÁREA DISCIPLINAR: COMUNICACIÓN EN SALUD

PRESENTACIÓN

Dr. Benno de Keijzer Fokker

PRESENTACIÓN

El área Disciplinar de Comunicación en Salud es una de las cuatro opciones de profundización que los estudiantes de la Maestría en Salud Pública encuentran cuando ingresan al segundo año de sus estudios. En el primer semestre del Área dan continuidad a una competencia iniciada en el primer semestre de la Maestría que es la de

Diseñar y ejecutar proyectos de investigación de acuerdo con las necesidades sociales relacionadas con la salud.

Esta competencia corresponde a la Función Clave:

Promover y participar en la formación de recursos humanos en salud, así como en la producción y utilización del conocimiento para el beneficio de la salud de la población; de igual manera, en la educación para la salud de la población, buscando el empoderamiento de la misma en lo que se refiere a su salud.

Que a su vez es una de las funciones que corresponden al propósito clave de la Maestría:

Realizar diagnósticos de la situación de salud en una población desde una perspectiva participativa y promocional; hacer un aporte técnico significativo y proactivo para generar y materializar políticas, planes y programas integrales de salud que respondan a las necesidades detectadas; promover y participar en la formación de recursos humanos en el campo de la Salud Pública y en la producción y utilización del conocimiento necesario.

El objetivo fundamental del Módulo de Gestión del Conocimiento III es que los estudiantes diseñen su trabajo de titulación y que culminen con la presentación del protocolo, que desarrollará en el siguiente semestre hasta concluir la tesis.

Los proyectos fueron ejecutados a lo largo de un semestre (20 semanas) y cada uno contó con un Comité Tutorial formado por tres personas especializadas en campos convergentes, quienes discutieron el protocolo y revisaron los avances en varias ocasiones. Después de terminar el semestre, los estudiantes presentaron de forma oral y escrita su trabajo recepcional. En esta sección incluimos cuatro de los cinco protocolos del Área.

Francisco Contreras abordó la pregunta de investigación: ¿Cuál es la vinculación que existe entre las representaciones sociales de las masculinidades y las prácticas en el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes?

Con su investigación analizó, a través del discurso social, la forma en que la construcción de las masculinidades entre los adolescentes se vincula con las prácticas sociales en el ejercicio de su sexualidad. Desde un marco teórico que incluyó los conceptos de género, representaciones sociales y teoría de los holones en la sexualidad, decidió utilizar una metodología cualitativa articulándola con grupos focales y entrevistas a profundidad, centrándose en la población juvenil de un bachillerato urbano y otro rural.

Silvia López Hernández se preguntó ¿Cuáles son las representaciones sociales que sobre las relaciones de pareja tienen las y los adolescentes y de qué forma les protege o pone en riesgo para vivir violencia de género?

Sus objetivos fueron describir y analizar las percepciones acerca de la violencia y equidad de género en parejas adolescentes de la ciudad de Xalapa, a partir de sus representaciones sociales.

La investigación se abordó desde las teorías de género y de representaciones sociales, analizando la violencia como un ejercicio del poder. Se enmarcó en el paradigma cualitativo buscando significados construidos en las relaciones sociales en contextos culturales particulares.

Articuló una metodología que trabajó con grupos focales y entrevistas a profundidad en el contexto de un bachillerato en la ciudad de Xalapa.

Rocío López Lara tuvo como pregunta: ¿Qué significados construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas alrededor de su proceso comunicativo durante las acciones grupales de capacitación en salud?

Centrando su investigación en Zongolica buscó comprender los significados que construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas alrededor del proceso comunicativo desarrollado durante las acciones grupales de capacitación en salud, para plantear recomendaciones al personal de los Servicios de Salud en cuanto a educación y comunicación en salud con la población.

Desarrolló métodos para recuperar el discurso de las personas y profundizar en la trascendencia que esas experiencias tuvieron en su vida personal y colectiva en una estrategia relacional que articuló las miradas del personal de salud y las madres de familia. Su estudio fue de corte hermenéutico o interpretativo, orientado hacia los fenómenos o los sucesos, recuperando las representaciones sociales que los diferentes actores tuvieron sobre un hecho.

Alicia Iraís Portillo se interesó por la presencia de la violencia de género en la prensa escrita. Se preguntó ¿Cuáles son las funciones y disfunciones en el tema que desempeñan *El Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo*? Su objetivo fue conocer funciones y disfunciones de los medios masivos de comunicación impresos, a través de estos tres periódicos (norte, centro y sur del Estado), sobre el problema de salud pública de violencia de género, de enero a diciembre de 2008.

Desde el paradigma de la comunicación, realizó un análisis cuantitativo e interpretativo de qué tan funcionales o disfuncionales son los medios de comunicación en sus notas informativas. Partió del hecho de considerar que la violencia de género como una construcción social, por lo cual existen diversas formas de representarse en los medios de comunicación.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Alicia Iraís Portillo Cancino, Alejandro Aguirre Guerrero, María Estrella Flores Collins

RESUMEN

El protocolo de la tesis "El papel de los medios frente a la violencia de género" yace en la teoría estructural funcionalista, la cual fundamenta que los medios masivos de comunicación realizan funciones y disfunciones cuando transmiten sus mensajes.

La investigación se desarrolla en medios impresos del estado de Veracruz con mayor penetración en las diferentes zonas del Estado: Norte, Centro y Sur. Los objetivos son conocer las funciones de vigilancia, correlación y transmisión de cultura; así como las disfunciones de correlación, transmisión de cultura y entretenimiento de los medios masivos de comunicación impresos al abordar la violencia de género.

La importancia de conocer las funciones y las disfunciones radica en que la violencia de género se ha convertido en un problema de Salud Pública que perturba a todos los sectores de la sociedad. En el campo de la salud ocasiona depresión, dolores crónicos, moretones o incluso la muerte; además de costos en salud, años saludables potencialmente perdidos y el costo económico que conlleva su atención inmediata o a largo plazo y la afectación en la productividad de las víctimas.

Por las características del proyecto, sigue un diseño descriptivo de corte transversal retrospectivo, cuyo corpus es la información publicada en Primera Sección y Sección Policiaca que se presentó en géneros informativos y El Editorial, de los periódicos *El Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo* durante el periodo enero-diciembre 2008.

Las unidades de análisis se seleccionaron mediante muestreo por conveniencia; la información se recogió en un Manual de Códigos y una hoja de captura, que se procesaron en SPSS, bajo la técnica de análisis de contenido temático con fuentes secundarias.

INTRODUCCIÓN

Desde 1980 la ONU reconoció que los Medios Masivos de Comunicación (MMC) promovían de forma global actitudes basadas en patrones culturales que frenaban el avance de las mujeres en su camino a la igualdad de género, por lo que recomendó a los gobiernos tomar medidas regulatorias, así como desarrollar estudios y análisis de los medios para avanzar en la participación de las mujeres y reforzar el papel de los medios como agentes integradores.

En 1995, durante el Segundo Informe y Evaluación de las Estrategias de Nairobi, se puntualizó que no era posible que la sociedad modificara sus significados culturales, mientras los MMC reproducían imágenes que no salían de los limitados papeles que el patriarcado les había asignado a través de la historia: madres, esposas y objetos sexuales, lo cual no ha cambiado más de década y media después.

El propósito del estudio consistió en conocer funciones y disfunciones de los medios masivos de comunicación impresos, a través de tres periódicos: *El Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo*, respecto al problema de salud pública de violencia de género, durante el periodo enero-diciembre 2008.

La relevancia de que la investigación se enmarcó en la violencia de género es por tratarse de una violación a los derechos humanos y una ofensa a la dignidad humana que tiene como resultados posibles o reales daños físico, sexual o psicológico, incluidas amenazas, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en las vidas pública o privada.

Además, es un problema que toca las esferas internacionales, nacionales y estatales con impacto en los ámbitos económicos, políticos, sociales y de la salud. En México no existen estudios suficientes sobre la funcionalidad de los medios al abordar esta problemática.

Las experiencias empíricas revisadas, en su mayoría internacionales, abordan el tema de violencia de género desde la comunicación interpersonal en el ámbito familiar. En el caso de los MMC, los estudios de análisis de contenido son variados. En México la gran parte de casos revisados se enfocan a aspectos políticos como las elecciones.

El motivo de esta tesis fue porque la violencia de género es un fenómeno que impacta en los derechos humanos, jurídicos y económicos de las víctimas, además de sus dimensiones en la salud pública. Diversos estudios indican que las mujeres golpeadas tienen más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que las no golpeadas y en situaciones de maltrato extremo las mujeres generan distorsiones cognitivas por las que no reconocen la magnitud del peligro que corren, además del problema del gasto de atención que representa para las instituciones sanitarias.

El avance de investigación que a continuación se presenta se basó en la Teoría Estructural Funcionalista de los medios de comunicación de Wright, quien retoma las ideas de Laswell y Merton, quienes coincidían en que los medios masivos de comunicación cumplían una serie de funciones y disfunciones al transmitir sus mensajes. Cuenta también con un aporte de teorías que enmarcan la violencia de género y los conceptos de salud y salud pública, que delimitan el objeto de estudio.

Por las características del proyecto, siguió un diseño descriptivo de corte transversal retrospectivo, con fuentes de información secundarias, cuyo corpus se conformó con notas, crónicas, reportajes y El Editorial, publicados en Primera Sección y Sección Policiaca, en los periódicos *El Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo* durante el periodo enero-diciembre 2008.

Las unidades de análisis se seleccionaron mediante muestreo por conveniencia que incluyó todas las semanas del año y se distribuyó entre todos los días de la semana, obteniendo 52 ejemplares por medio impreso, es decir una muestra de 156 periódicos.

Para recoger la información se elaboró un Manual de Códigos con las variables físicas del medio impreso; las variables de comunicación; de salud pública y de violencia de género; y se diseñó una hoja de captura, cuya prueba de fiabilidad fue la reproductibilidad, la cual evaluó errores e incongruencias del observador y desacuerdos entre los observadores.

También se hizo una validez temática del Manual de Códigos, para lo cual se acudió con tres expertos: uno en violencia de género, otro en comunicación y el último en estadística.

Una vez recolectada la información se procesó en el paquete estadístico de SPSS, bajo la técnica analítica de análisis de contenido temático; que por parámetros de medición y evaluación es de corte cuantitativo; para la presentación de resultados se usó la estadística descriptiva.

A continuación se presentan los cuatro capítulos que conforman el protocolo de tesis. El primero es el Marco Referencial, en el que se ubican las propuestas teóricas, empíricas y contextuales que fundamentan el estudio; el segundo capítulo es El planteamiento del problema, en él se justifica la elección del tema de violencia de género y se formula la pregunta de investigación.

El objetivo general de la tesis y los objetivos particulares están desarrollados en el tercer capítulo; finalmente en el cuarto capítulo se presenta la metodología a seguir, que incluye diseño de estudio, definición de variables, muestreo, procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de información y la técnica analítica que se utilizó.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco Teórico

El proyecto de investigación está sustentado por conceptos de salud pública, teorías que enmarcan la violencia de género y teorías de la comunicación, que delimitan el objeto de estudio.

1.1.1 Salud Pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".¹ Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la salud es "un derecho humano, por ende, un derecho de todos los humanos",² por lo que orienta sus actividades hacia los grupos considerados vulnerables como mujeres, niñas y niños; trabajadores; pobres; ancianos; refugiados y personas desplazadas, con el propósito de proteger ese derecho.

La salud es un derecho humano, que implica estar completamente bien física, mental y socialmente;

mientras la violencia, definida por Reiss y Roth como "comportamientos de individuos que amenazan, intentan infligir o infligen un daño físico a otros de forma intencionada",³ atenta contra la salud de las personas y la violencia de género lo hace aún más, al apuntar contra uno de los grupos vulnerables que enmarca la OPS.

Existen diversas clasificaciones de la violencia contra la mujer. Para Guzmán⁴ la violencia tiene cinco diferentes rostros: violencia física que se refiere a golpes, palizas, pellizcos, empujones, etc.; violencia emocional que toma en cuenta agresiones verbales, insultos, descalificaciones, amenazas y actitudes de indiferencia, rechazo e intimidación, chantajes y amenaza de abandono; violencia sexual, obligar a una persona a realizar una actividad sexual contra su voluntad; violencia de género que es la que ejercen los hombres con la intención de controlar, asustar, lastimar o castigar a las mujeres; y maltrato infantil, actos que realizan los adultos responsables de los niños, a quienes rechazan, denigran, ridiculizan y aíslan, además de desatender sus necesidades básicas, ser negligentes y abandonarlos.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará" en 1994 definió a la violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado".⁵

Agrega que violencia contra la mujer tiene lugar dentro de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. También se lleva a cabo en la comunidad y es perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros delitos, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar. Así mismo puede ser perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Por su parte, Tapia⁶ define a la Salud Pública como la ciencia encargada de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física de las personas, a través de esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento del ambiente, control de las enfermedades infecciosas, educación de los individuos en los principios de higiene personal, en la organización de los servicios médicos, así como asegurar que todo individuo en la

comunidad tenga un estándar de vida adecuado para mantener su salud.

Si la Salud Pública tiene por objetivo mantener un estándar de vida adecuado en la población, las diferentes representaciones de violencia contra las mujeres son un problema para lograr su cometido dado costos y consecuencias que implica en aspectos jurídicos, económicos, sociales y de salud.

Diversos estudios⁷ indican que las mujeres golpeadas tienen más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico y de intentar quitarse la vida que las no golpeadas. En situaciones de maltrato extremo las mujeres generan distorsiones cognitivas por las que no reconocen la magnitud del peligro que corren y tienen más probabilidad a padecer alcoholismo. La OPS⁸ reporta que las mujeres maltratadas por su pareja padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas y las mujeres víctimas de violencia tienden a presentar más operaciones quirúrgicas, visitas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y consultas de salud mental a largo plazo, lo que acrecenta los costos de la asistencia sanitaria.

De las definiciones anteriores, los conceptos que se retoman para la investigación son Salud Pública y Organización de los Servicios Médicos. Salud Pública entendida como el esfuerzo de las autoridades sanitarias para el control de la violencia de género mediante conferencias o acciones de comunicación contra la violencia de género. Organización de los Servicios Médicos se entiende como el acto de asegurar que todo individuo en la comunidad tenga un estándar de vida adecuado, sin violencia de género, con apoyo de los programas de salud.

1.1.2 Violencia de género

Existe polémica entre académicas, activistas e investigadores en señalar si la violencia de género es exclusiva de las mujeres o si el término incluye la violencia contra hombres y mujeres. Para el abordaje de la investigación se entendió la violencia de género en los términos que señala la Ley 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz en su artículo 7: "violencia de género es cualquier acción u omisión, basada en el género, que les cause a las mujeres de cualquier edad, daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público".⁹

Para identificar la violencia de género, se parte de que la Teoría de Género¹⁰ reconoce que sexo y género no son lo mismo. El sexo está ligado a la esfera biológica, a aquello que traemos cuando nacemos; género tiene un carácter sociocultural y se construye dentro de cada sociedad en particular.

La estructuración del género, de acuerdo con Lamas,¹¹ se convierte en un hecho social de tanta fuerza que se piensa es natural o biológico, algo construido social y culturalmente; lo mismo pasa con ciertas capacidades o habilidades supuestamente biológicas, construidas y promovidas social y culturalmente. Lo anterior, se retoma en este proyecto pues la violencia la comete el fuerte contra el débil; y social y culturalmente hablando la mujer es débil y el hombre fuerte.

A continuación se presentan algunos conceptos que sirven para comprender, en parte, porque se desarrolla la diferencia de géneros, que en determinado momento y circunstancia se traduce en violencia de género.

Desde la antropología existe un interés por la forma en que la cultura expresa las diferencias entre varones y mujeres. Lamas¹¹ en su libro *Cuerpo: diferencia sexual y género*, señala que los papeles sexuales, supuestamente originados en una división del trabajo basada en la diferencia biológica, han sido descritos etnográficamente y son los que marcan la diferente participación de los hombres y de las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas e incluye actitudes, valores y expectativas que una sociedad determinada conceptualiza como femenino y masculino.

Lamas refiere a Murdok y a Ya Linton; la primera en sus estudios demostró que el hecho de que los sexos tengan una asignación diferencial en la niñez y ocupaciones distintas en la edad adulta es lo que explica las diferencias observables en el temperamento sexual y no al contrario. La segunda señaló que todas las personas aprenden un estatus sexual y los comportamientos apropiados a ese estatus, dentro del cual se concebía la masculinidad y la femineidad como estatus instituidos que se vuelven identidades psicológicas para cada persona y, como tal, en algunas ocasiones las personas no están de acuerdo con el estatus asignado.

Desde una perspectiva psicológica,¹¹ el género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

- La asignación de género al momento de nacer, a partir de la apariencia externa de los genitales.
- La identidad de género que se establece más o menos a la edad en que el infante adquiere el lenguaje y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos y desde dicha identidad el niño o la niña estructura su experiencia vital. El género al que pertenece lo hace identificarse en todas sus manifestaciones tales como sentimientos, juegos, actitudes y una vez asumida dicha identidad el niño se sabe y asume como perteneciente al grupo masculino y una niña al femenino.
- El papel del género, que se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre los comportamientos femenino y masculino. La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género.

Marcela Lagarde¹⁰ dice que la identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida que han llevado e incluye la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento, de su sabiduría, y de los confines de su universo.

Añade que la cultura es un resultado, pero también una mediación, en que el lenguaje es un medio fundamental para estructurar psíquica y culturalmente a las personas, es decir las convierte en sujetos y seres sociales.

El lenguaje es un elemento fundamental de la matriz cultural, es decir, la estructura de significaciones en la cual las experiencias se vuelven inteligibles. Las principales fuentes de representaciones son los preconceptos culturales, las ideologías y la experiencia personal, que se van percibiendo desde la infancia mediante el lenguaje y la materialidad de la cultura como son los objetos y las imágenes; en este aspecto los medios de comunicación funguen como los transmisores de la cultura, en que la representación del género antecede a la información sobre la diferencia sexual.

Para la antropología cognitiva¹¹ la ciencia está habitada por el discurso social, en que una sociedad que tiene el discurso de género hace que la persona ocupe determinado lugar en ella, su forma de pensar, de

construir su imagen, de autoconcebirse. [Los medios informativos cumplen funciones y disfunciones en esa sociedad y en la transmisión del discurso de género.]

Butler, citada por Turbert,¹² argumenta que el género no sólo es la inscripción cultural de un sexo determinado, también el aparato productor por el que se establece que el sexo sea prediscursivo y plantea dos formas de entender el género. La primera opción se inserta en una concepción sustancialista, es decir que el género es un atributo del sujeto. La segunda representa una crítica a la concepción sustancialista que se entendería como un fenómeno variable y contextual; el género no denota ser sustantivo, sino un punto de convergencia relativo entre series de relaciones culturales e históricas específicas.

Lamas señala que Butler parte de la idea de que las personas no sólo son construidas socialmente, sino que en cierta medida se construyen ellas mismas, "el género es el resultado de un proceso mediante el cual las personas recibimos significados culturales, pero también los innovamos".¹¹

1.1.2.1 Enfoque Ecológico

Una base teórica para comprender la violencia de género es el Enfoque Ecológico,¹³ que indica que tanto el individuo, la familia y la sociedad en general son subsistemas dentro de uno mayor.

El macrosistema¹³ es la forma en que está organizada una sociedad. La manera en que conviven y se relacionan sus miembros, establece la base para reconocer una sociedad patriarcal, en la cual existen roles familiares, derechos y responsabilidades de los miembros de una familia, así como la generación de estereotipos asociándose la masculinidad con la fuerza que se constituye como medio para la resolución de problemas mientras la femineidad está relacionada con los conceptos de dulzura, sumisión y obediencia.

El microsistema atañe a elementos estructurales de la familia y los patrones de interacción familiar, tanto como las historias personales de quienes constituyen la familia y tiene que ver con dimensiones conductuales, cognitivas, interaccionales y psicodinámicas.

El exosistema, compuesto por todas las instituciones en que se organiza una sociedad, iglesias, escuelas y otros espacios y entornos sociales que sirven como medio para que se lleve a cabo la violencia. [Los medios de

comunicación son parte del sistema y cumplen dentro de él una serie de funciones.]

Casique¹⁴ indica que este modelo focaliza la violencia en la interacción que se produce entre sus distintos niveles, donde no existen un solo determinante sino varios factores que interactúan y operan entre sí, favoreciendo la violencia o protegiendo al individuo contra ella. Estos factores causales y sus interacciones deben ser conocidos en sus distintos contextos y ambientes culturales.

Los factores de carácter general, relativos a la estructura de la sociedad, lo que Ríos¹³ abarca dentro del exosistema, contribuyen para crear un clima que incita o inhibe la violencia contra mujeres por las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluye la estructura social contemporánea del patriarcado que, de acuerdo con Castells,¹⁵ se caracteriza por la autoridad, impuesta desde las instituciones, de los hombres sobre las mujeres y sus hijos en la unidad familiar. Otros factores son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen para mantener las desigualdades económicas o sociales entre los grupos.

Los conceptos que se retoman para el abordaje del objeto de estudio son violencia de género, estructura del género y enfoque ecológico, desarrollados en un marco de funciones y disfunciones de los medios de comunicación.

1.1.3 Comunicación

Las teorías de comunicación se ubican en tres paradigmas científicos: Positivismo, Marxismo o Teorías Críticas y Estructuralismo, descritos brevemente:

- En el paradigma positivista el científico social es un observador objetivo, el cual analiza causas y leyes que rigen los fenómenos y procesos comunicacionales, utilizando por lo general técnicas cuantitativas [encuestas, experimentos y análisis de contenido].¹⁶
- El enfoque crítico estudia, previo análisis de los procesos comunicacionales, las características de las condiciones económicas, sociales, de educación, poder y hegemonía, en los diferentes sistemas contemporáneos y cuestiona los roles que juega la comunicación en la preservación del sistema social.¹⁵
- En el paradigma estructuralista de la comunicación, la "estructura" designa la configuración de un sistema

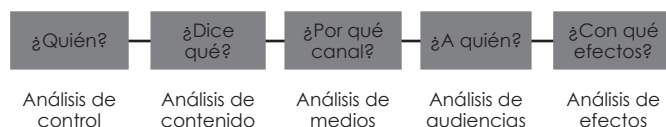
de intercambio entre cualquier clase de actores sociales; sin embargo, para el análisis estructural de la comunicación, no interesa tanto qué es lo que se intercambia, ni quiénes son los cambistas, sino las reglas que se aplican en las relaciones.¹⁷

Esta investigación sustenta su objeto de estudio en la Teoría Estructural Funcionalista de los medios de comunicación la cual, de acuerdo con Wolf,¹⁸ describe la acción social [no el comportamiento] en su adherencia a los modelos de valor interiorizados e institucionalizados, considerando que el sistema social se concibe como un organismo donde cada una de sus partes desempeña funciones de integración y mantenimiento del sistema. Los medios de comunicación forman parte de ese sistema y, como tal, tienen funciones a desempeñar dentro de él.

La Teoría Estructural Funcionalista se analizó a partir de la propuesta de Wright, quien retoma el trabajo de los funcionalistas Lasswell y Merton, los que sentaron las bases para el modelo de funciones y disfunciones.

El modelo al que Lasswell¹⁹ hizo referencia en sus estudios se centró en el trayecto que recorre un mensaje del emisor al receptor y la respuesta de éste al mensaje. La acción de comunicación, para él, se resume en cinco preguntas. (Ver Diagrama 1.)

Diagrama 1. Modelo de Lasswell.



Fuente: Martín M, Piñuel J. *Teoría de la comunicación I. Epistemología y análisis de la referencia*. 2da rev. Madrid: Cuadernos de la comunicación; 1982: 127-129.

El estudio de cada componente requiere determinadas acciones, análisis de control, el ¿quién?; análisis del contenido, el ¿dice qué?; análisis de medios, ¿por qué canal?; análisis de audiencias, ¿a quién? y finalmente el análisis de efectos estudia ¿con qué efectos?

La gran contribución teórica de Lasswell²⁰ vino dada por la delimitación que hizo del campo conceptual y el trazado de los ejes definidores de la acción comunicativa. El conocido "paradigma de Lasswell", que pese a ser formulado en 1948, conservó virtudes que permitieron el despegue de estudios sistemáticos de la comunicación

en Norteamérica, a partir de los modelos sociológicos organicistas y funcionalistas.

Para este teórico los conocimientos de técnicas persuasivas y de información por parte de los emisores le permitió realizar funciones inductivas sobre los individuos, de modo que podía crear pautas de conductas, actitudes y comportamientos en la sociedad que llevan a mejores objetivos de progreso y libertad; de esta forma cumplían la función de vigilancia y control de entorno, al transmitir valores de identidad de una cultura y la cohesión social.

Merton²¹ dijo que la sociedad era un sistema constituido por una estructura que permanecía en el tiempo, pues se conforma por normas, pautas institucionales, procesos sociales y dispositivos para el control social, donde los elementos que la integran son subsistemas interdependientes y cada uno de ellos cumple una función social necesaria para el mantenimiento del equilibrio y del funcionamiento del sistema. Los subsistemas que cumplían con la función de contribuir al buen manejo del sistema, los denominó funcionales y aquellos que favorecían al desequilibrio los llamó disfuncionales.

Su obra es conocida por centrarse en la comunicación masiva, en esas funciones y disfunciones de los medios, vinculado con la sociología norteamericana, según la cual no se estudian los efectos de las comunicaciones de masas como una relación simple de estímulo-respuesta, sino que se deben considerar los contenidos y sus intenciones ocultas.²²

Wright²³ aseguró que los medios y la información contribuyen a dar respuesta a las necesidades del sistema social, mediante orientaciones que reducen la incertidumbre y permiten su supervivencia. Reconoció que cuando no están debidamente regulados contribuyen al aumento de las actitudes violentas, a la crispación y a la mala socialización de los individuos.

Sus estudios se enfocaron en la relación de los medios con aquellos aspectos que eran centrales en la continuidad y la estabilidad del sistema social y su progreso natural, esto debido a que coincidía con Merton en que el análisis funcional debe examinar fenómenos sociales que afectan el funcionamiento normal de un sistema determinado, sea individual o colectivo, social o cultural.

Sin embargo, en su ensayo "Functional Analysis and Mass Communication" publicado en 1959, Wright²⁴ consideró que el análisis funcional no tenía como requisito básico

que el objeto de estudio fuera un tema estandarizado, como lo señalaba Merton, pues eso implicaba que fuera normativo y repetitivo [pautas institucionales, procesos sociales, normas culturales, normas sociales, estructuras sociales, dispositivos para el control social, organización de grupos], lo cual era demasiado amplio y por tanto se requería antes de especificar los temas estandarizados.

Para ello, distinguió cuatro temas estandarizados, que consideró los más evidentes. El primero era muy generalizado y estudiaba la comunicación de masas como un proceso social, un fenómeno normativo y repetitivo en muchas sociedades modernas, que buscaba conocer las consecuencias de la comunicación dirigida a audiencias amplias, heterogéneas y anónimas.

El segundo tipo era menos generalizado y consideró cada método particular de la comunicación de masas como el tema del análisis, [entendiendo por método el medio de transmisión, televisión, radio, prensa]. Wiley, citado por Wright,²⁰ realizó los primeros ensayos al respecto preguntándose: ¿Cuáles son, pues, las funciones realizadas por el periódico? ¿Cuáles son las necesidades sociales e individuales que ha satisfecho y que todavía satisface? Y señaló seis funciones distinguibles: proporcionar informaciones objetivas, noticias; analizar la información, el editorial; ofrecer un marco general, fondo; distraer, entretenimiento; difundir conocimiento de productos, publicidad; saber general, enciclopedia.

La tercera aproximación funcional estaba basada en la institución de cualquier medio masivo u organización de la comunicación de masas, examinando la función de alguna operación normativa y repetida en dicha organización. Los estudios al respecto se caracterizan por ser análisis comparativos de los medios diferentemente organizados para ver cómo afecta la categoría institucional la presentación de noticias.¹⁸

El cuarto análisis fue el estudio de las consecuencias de desarrollar las actividades básicas de comunicación, mediante la comunicación de masas: 1) La prospección o vigilancia del entorno; 2) la interrelación o correlación de los diferentes sectores de la sociedad con las respuestas al entorno; 3) la transmisión del legado social de una generación a la siguiente y 4) entretenimiento.⁶ [Las primeras tres actividades básicas se retoman de Lasswell y la cuarta fue agregada por Wright.]

La vigilancia del entorno, según Wright,²⁰ se entiende como la recopilación y distribución de información

concerniente a acontecimientos en el entorno, tanto dentro como fuera de cualquier sociedad particular.

La correlación la define como la interpretación de la información respecto del entorno y las prescripciones para la conducta en reacción a estos acontecimientos; algunos identifican esta función como editorial o propagandística.

Para este autor la transmisión de la cultura incluye actividades destinadas a comunicar el acopio de normas sociales de un grupo, valores de una generación a otra y se relaciona con la actividad educacional; y el entretenimiento se refiere a la información destinada a distraer a la gente, independientemente de los efectos instrumentales que tenga.

El análisis en este nivel requiere un inventario de funciones de las actividades difundidas masivamente; Wright²⁰ denomina a los resultados esperados como "funciones manifiestas" y los inesperados "funciones latentes". Y afirma que dentro del inventario funcional de la comunicación de masas, el análisis funcional no se limita al estudio de las consecuencias útiles, sino que reconoce varios tipos de consecuencias, por lo cual se debe considerar cada una.

Este autor, al igual que Merton, consideraba que las disfunciones son efectos indeseables desde el punto de vista del bienestar de la sociedad o de sus miembros y al combinar la especificación de las consecuencias de Merton con las cuatro actividades básicas de comunicación, obtuvo una problemática más completa y estilizada, en que la pregunta básica se transforma en: ¿Cuáles son las funciones (manifiestas o latentes) y/o disfunciones (manifiestas o latentes) de la comunicación de masas que puede ser a través de la vigilancia de noticias, actividad editorial, transmisión cultural o entretenimiento de la sociedad y/o subgrupos para el individuo o sistemas culturales?

Dentro de los primeros abordajes y estudios de la comunicación colectiva, Berelson, citado por Wilbur,²⁵ identifica en su estudio "La comunicación colectiva y la opinión pública" cinco juegos de factores variables: las informaciones, las cuestiones, las personas, las condiciones y los efectos; cuyas relaciones mutuas constituyen el asunto de una teoría científica en este campo. Dentro de esta formulación, algunas formas de comunicación colectiva llevadas a conocimiento de algunas personas, en ciertas condiciones, producen algunas clases de efectos.

En ese sentido, Carreño²⁶ define a los medios de comunicación como "los definidores finales de la agenda del debate público" y señala que los medios informativos ejercen una serie de poderes y funciones que las explica de la siguiente manera:

Función selectiva o gatekeeping: El poder que tiene el medio para decidir qué hechos, datos o ángulos de la realidad van a ser convertidos en noticias, el cual es ejercido a través de la función selectiva que realizan en un proceso de toma de decisiones que involucra a toda la estructura informativa, desde los reporteros hasta los altos cargos de dirección en las empresas informativas.

Función de contextualización o framing: El poder que tienen los medios para enmarcar esos datos con otros elementos de información e interpretación, ejercidos a través de la función de otorgar contexto a los datos que se han decidido convertir en noticia.

Función de jerarquización o priming: Poder que tienen los medios de priorizar jerárquicamente la información, que se ejerce a través de la acción de anteponer y anticipar aquellos datos en los que se ha decidido concentrar la atención del público; en el entendido de que mientras más atención otorgan los medios al asunto, mayor será la importancia que atribuyan a ese asunto los consumidores de dichos medios.

Los estudios sobre las funciones y los efectos de medios dejaron atrás la Teoría del Reflejo o la Metáfora del Espejo del siglo pasado, las cuales suponían que los medios reflejaban la realidad. Las funciones de selección, contextualización y jerarquización de hechos [que se entienden como aquellos datos que los medios deciden transformar en noticias y comentarios], han hecho evidente que, más allá de reflejar realidades, los medios construyen discursos de la realidad y lo hacen a partir de criterios profesionales o con base en el peso que tiene en sus decisiones como dueños, directivos y operadores de las empresas informativas, cargadas de creencias, actitudes, valores, intereses e ideologías.

En la Teoría Estructural Funcionalista, Lasswell ubica tres actividades básicas de los medios de comunicación: vigilancia, control social y establecimiento de la cultura; a las que más tarde Wright agregaría la de entretenimiento y retomaría las consecuencias de Merton para representarlas en un diseño estilizado de funciones y disfunciones, [que años más tarde Carreño define como funciones de selección, contextualización y jerarquización de hecho].

Revisadas las propuestas teóricas, se decidió que para abordar el objeto de estudio de violencia de género en medios impresos, se definieron los conceptos básicos, a partir del modelo de Wright.

- **Función de vigilancia:** Recopilación y distribución de información concerniente a violencia de género en un ámbito privado como la familia y públicos como la escuela y el trabajo, orientada a prevenir el acto violento.
- **Función de correlación:** Interpretación de la información respecto de violencia contra las mujeres y las prescripciones de cómo actuar en reacción a esta violencia de género; así como información sobre acciones individuales o conjuntas que ayuden a prevenir, sancionar o minimizar el problema o que apoye la movilización contra la violencia de género.
- **Función de transmisión de cultura:** Información que incrementa la cohesión social, favorezca la integración de las mujeres, reduzca las inequidades y fomente la igualdad como lo es la difusión de la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia.
- **Disfunción de correlación:** Información que incrementa el conformismo social sobre la violencia de género e impide el cambio al no criticar las acciones violentas y, por el contrario, las justifica en cierta medida, dando una razón a esa violencia contra la mujer por cuestiones sociales.
- **Disfunción de transmisión de cultura:** Se incluyeron actividades destinadas a comunicar el acopio de normas sociales de las mujeres respecto de los hombres y que llamamos "roles femeninos" y su transmisión de una generación a otra, que en lugar de ayudar a minimizar la violencia, la justifican con argumentos contruidos culturalmente.
- **Disfunción de entretenimiento:** Se tomó en cuenta aquella información sobre violencia contra las mujeres destinada a distraer a la gente obstaculizando la acción social, incrementando la pasividad, degradando las exigencias y permitiendo la evasión de la realidad.

1.2 Marco Empírico

Para el referente empírico se realizó una búsqueda de casos ejemplares que tuvieran el mismo objeto de estudio: "el abordaje de la violencia de género en medios

impresos" o la metodología "análisis de contenido" en medios de comunicación. Para ello se consultaron las siguientes bases de datos en línea: Journals, Pubmed, Medline, Geo Datasets, base de datos del Instituto de Salud Pública, Scielo México; utilizando como palabras clave: "violencia de género" y "medios", lo cual no arrojó suficientes resultados favorables para esta investigación.

Se retomó la investigación en bases de datos del área de comunicación, delimitando como palabras clave "medios" y "violencia de género". Las bases de datos consultadas fueron: Metabase, Buscopio, Disinfo, Electric Library, Infoamérica, Press Net y Razón y Palabra. Con las mismas palabras clave también se consultaron las páginas del Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación, de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social, Red de Facultades de Periodismo y Comunicación Social, International Association for Intercultural Communication Studies, Asociación Internacional de Jóvenes Investigadores de la Comunicación y Women International Association for Communication.

En total se revisaron 48 artículos relacionados con el tema de manera directa e indirecta emitidos por diferentes países, de los cuales sólo cuatro fueron investigaciones relacionadas con el tema de violencia en medios de comunicación y cinco contribuyeron al apartado metodológico.

Bajo el título "La violencia familiar y contra las mujeres en los medios de comunicación escritos", Vives y Martín²⁷ realizaron una investigación en la prensa española, centrándose en identificar las características de las noticias de violencia familiar y contra la mujer, para determinar la relevancia del tema en la prensa a lo largo del tiempo, así como analizar el enfoque periodístico y las personas implicadas en el ciclo de la violencia.

Para lograrlo, seleccionaron la población total de noticias en cuyo título o contenido apareciesen los términos malos tratos, violencia familiar o violencia doméstica, publicadas en los diarios de mayor tiraje nacional según la Oficina de Justificación de la Difusión. En total se ubicaron 1,236 noticias entre 1997 y 2001, a las cuales aplicaron un análisis estructurado del contenido.

Se elaboraron 18 variables con relación a relevancia del tema en los periódicos y a lo largo del tiempo;

características de las personas afectadas; identificación de la fuente informativa; tipo de información que se da en las noticias; tipo de violencia; medidas o sucesos; causas de la violencia; medidas de castigo al agresor; medidas de asistencia a la víctima y medidas de prevención de la violencia.

Para el estudio descriptivo general (frecuencias y porcentajes) se calculó la media de noticias por mes, año y diario. Finalmente se realizó la comparación de porcentajes basadas en las pruebas X^2 para todas las variables según el año de publicación.

La investigación concluyó que la violencia doméstica acapara el interés de la prensa con una tendencia reciente con el paso del tiempo. Víctimas y perpetradores parecen mostrar una clara identificación por sexo, pues en la mayoría de los casos los agresores son hombres y sus víctimas las mujeres. La edad es también una variable clave de identificación en el perfil de estos protagonistas, destacando las víctimas menores de edad y los agresores entre los 36 y 50 años.

La violencia se presenta como instrumento para imponer autoridad ejercida por aquellos que disfrutan de mayor poder social y de éste también forma parte acaparar mayor espacio y visibilidad pública; tal es el caso de los hombres frente a las mujeres en las noticias de violencia doméstica.

Para los investigadores, la mínima presencia del personal médico-sanitario en calidad de fuente informativa en las noticias de prensa sería indicador de una deteriorada consideración de los malos tratos contra las mujeres como problema de salud pública.

Esta visibilidad se ve condicionada, en parte, por la propia estructura social, pero también es responsabilidad de las redacciones de prensa y del modo en que mantienen rutinas informativas que no parecen dar cabida a otras fuentes alternativas.

La prevención y el tratamiento con mayor profundidad de las causas y consecuencias de los malos tratos familiares y contra las mujeres son elementos básicos para la renovación de un discurso sobre el tema y la difusión de información que realmente cuestione la estructura social y cultural que, efectivamente, da sentido a la violencia en la sociedad moderna.

El anterior caso ejemplar aportó tanto en la metodología como en la discusión de resultados, al utilizar el análisis

de contenido para la obtención de los resultados y caracterizar a las víctimas y victimarios de la violencia impresa en los medios.

Como parte de la revisión empírica se encontró también el estudio "Aproximación a la violencia en el deporte: Análisis de contenido en la prensa escrita", dirigido por Molina,²⁸ quien buscó conocer cómo los medios de comunicación tratan los temas de violencia en el contexto deportivo, concretamente en la prensa escrita.

Las noticias se recogieron durante cinco meses (de octubre a febrero del 2004), cuatro días de la semana (lunes, miércoles, jueves y viernes) y en tres periódicos diferentes (*Sur*, *Marca* y *País*). Se escogieron estos días porque en un muestreo previo de un mes a lo largo de toda la semana, se registraron que éstos eran en los que la prensa se hacía eco de mayor número de noticias violentas. Los periódicos se seleccionaron por el criterio de índice de tirada según fuera deportivo, nacional o provincial y se encontró que *Marca* (de carácter deportivo) es el más vendido de todos en España, seguido por *País* (periódico nacional) y *Sur* es el más vendido en la provincia de Málaga (ciudad donde se realizó la investigación).

Para obtener una muestra de noticias que fuera suficiente y obtuviera índices de fiabilidad y generalidad adecuados para sus resultados, se realizó un análisis de generalidad que indicó que la muestra debía superar los 150 eventos, de modo que la muestra final la constituyeron 318 noticias con 160 eventos diferentes, es decir, las noticias hablaron de los mismos sucesos en días y periódicos distintos.

El trabajo concluyó que la prensa deportiva da mayor importancia a los acontecimientos deportivos violentos que la prensa nacional o provincial; las noticias con mayor contenido violento son repetidas a lo largo de dos a tres semanas y cuando un periódico señala la edad o hace alguna referencia a ésta es para señalar que los sujetos violentos son jóvenes. Explican que la acción violenta se realiza porque el ambiente produce una gran estimulación que empuja a actuar de este modo y también describen como causa de estas acciones violentas la provocación o la instigación por jugadores o el propio club.

Este caso ejemplar aportó tanto en la metodología de investigación porque se hizo un análisis de contenido en medios impresos; así como en el manejo de la discusión, dado los resultados obtenidos sobre el tema de la

violencia.

Otra investigación que también se relacionó con el tema, aunque no con la metodología, fue "Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: Análisis de significados en adolescentes", de Villaseñor-Farías y Castañeda²⁹, quienes analizaron, de acuerdo con esquemas de masculinidad y poder, significados que en torno a violencia sexual tienen adolescentes escolares de la zona metropolitana de Guadalajara, estado de Jalisco, México. Este estudio cualitativo se llevó a cabo entre 1998 y 2000, con 155 informantes alumnos/as de secundaria y preparatoria. La indagación fue mediante entrevistas y 12 grupos focales con dos sesiones de dos horas; los instrumentos fueron guías, entrevista y observación; el registro se hizo a través de notas y audio grabación; para el análisis se recurrió a transcripción, categorización, codificación, construcción matricial e interpretación.

Las conclusiones de esta investigación fueron: la violencia sexual está simbolizada dentro de controversia explicativa y moral y los valores ideológicos de masculinidad la legitiman, legal y judicialmente como algo impune.

Esta investigación tuvo su aporte en la discusión de los resultados que se esperan hallar, pues señala que la masculinidad legitima la violencia.

En el mismo contexto de violencia, se encontró el estudio de Mejía:³⁰ "Medios de comunicación y violencia. Los jóvenes pandilleros de Lima", que buscó exponer la influencia de los medios de comunicación en las conductas violentas de la juventud de Lima en el 2005.

El autor considera que es posible que el sufrimiento familiar y el rechazo hacia las instituciones sociales que sobrellevan los jóvenes pandilleros se transformen en agresión y conducta delictiva por la enorme influencia de los medios de comunicación, el consumismo desenfrenado que provoca y el contenido violento del discurso.

El trabajo de investigación se basó en 20 historias de vida de adolescentes involucrados en grupos pandilleros, que permitió alcanzar el nivel de saturación de conocimiento.

El estudio llegó a la conclusión de que la crisis de la familia de los jóvenes involucrados en las pandillas genera formas de socialización familiar que conllevan situaciones de sufrimiento, violencia y angustia que definen sus conductas y toda su vida posterior. La falta de viabilidad de las instituciones sociales para incorporar a los jóvenes

en un empleo digno, una educación de calidad y en la sociedad de consumo llevan a que el sufrimiento familiar se convierta en rechazo y conflicto permanentes con la sociedad.

El sufrimiento familiar y el rechazo social que los jóvenes pandilleros tienen que sobrellevar se pueden transformar en agresión y conductas de violencia sólo por la enorme influencia que ejercen los medios de comunicación de masas, especialmente de la televisión, al provocar expectativas consumistas crecientes y por la difusión de medios violentos del logro y realización social.

Este caso ejemplar comprueba que el medio desempeña determinadas disfunciones en la sociedad.

En España, el estudio Informe Quiral³¹ analizó cómo se realizaron los procesos informativos relacionados con los acontecimientos más importantes en materia de salud y medicina en España durante el 2007. Al mismo tiempo comparó las variables periodísticas y de comunicación más destacadas del periodo del estudio, tales como los géneros periodísticos más utilizados, las voces expertas más citadas, los temas que despertaron mayor interés en el público, etcétera.

La elaboración del Informe Quiral se dividió en dos etapas. La primera consistió en la recolección sistematizada de la información y creación de la base de datos y, la segunda, en el análisis de esta base y de determinados textos en su versión íntegra.

Los diarios analizados fueron los cinco de mayor difusión en España, según la información de la Oficina de Justificación de la Información, tomando como unidad de análisis cada uno de los textos relativos a sanidad o medicina aparecidos en los medios seleccionados durante el periodo descrito.

También consideró como unidad de análisis las viñetas humorísticas relacionadas con temas sanitarios. El estudio general se basó en las pautas generales de análisis de contenido (Krippendorff) y en indicadores específicos de la información sobre salud y se realizó una exploración descriptiva de todos los datos en términos de frecuencia y tendencia respecto de los valores promedio.

Dicho estudio llegó a la conclusión que entre los temas que acapararon la atención de los diarios en 2007 se encontraron algunos relacionados con la política sanitaria. Sin embargo, el tópico periodístico del año

fue el «caso del Dr. Morín», un médico denunciado por practicar abortos en condiciones de ilegalidad y riesgo.

El caso del Informe Quiral tuvo su aportación en la metodología de la investigación, por la aplicación del análisis de contenido en medios impresos.

Una experiencia en México de la metodología de análisis de contenido, fue en 2007 “El Monitoreo de la cobertura televisiva de las elecciones estatales” desarrollado por Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C³². Su objetivo fue analizar la forma en que las televisoras cubren procesos electorales locales en México; examinar si existen tendencias en la cobertura que afecten las condiciones de equidad en la contiendas electorales; mejorar la rendición de cuentas de los medios de comunicación para fomentar mejores prácticas y establecer mejores condiciones de equidad en los procesos electorales.

El análisis de contenido cuantitativo fue de 615 registros provenientes de una muestra de 12 días, en dos periodos. El primero, los días 13, 14, 15, 18 y 19 y 20 de junio; el segundo, del 2 al 6 y 9 de julio de 2007. Los noticieros analizados fueron: *En Síntesis* (Síntesis TV); *Info7*, anteriormente *Hechos Baja California* (TV Azteca); *Noticiero 33* (Telemundo 33) y *Notivisa a las 10* (Televisa).

El análisis de contenido se basó en 24 variables, que cubren diversos aspectos de la forma en que los noticieros presentan la información. Las variables se dividen en variables físicas, de actores políticos, de tendencia y de contexto e interacción.

Los noticieros *En Síntesis*, *Info7*, *Noticiero 33* y *Notivisa a las 10*, concentraron su cobertura en las coaliciones Alianza para que Vivas Mejor y Alianza por Baja California, dejando en segundo nivel al PRD y al Partido Alternativa; mientras la Alianza Convergencia-Partido del Trabajo quedó debajo de los anteriores. Esto generó un círculo en el cual la cobertura se concentró en los grandes partidos, dejando de lado a los que se perciben poco competitivos. Los noticieros analizados poseen inclinaciones hacia determinado partido, señaladas en los cuadros estadísticos.

La experiencia empírica que se llevó a cabo en México por Fundar tuvo su aportación en el diseño metodológico empleado para la obtención de datos, basado en el análisis de contenido.

Otra experiencia mexicana fue el “Monitoreo de

medios sobre la participación política de las mujeres en México", elaborado por la Agencia de Comunicación en Información a la Mujer (CIMAC),³³ el cual tuvo como objetivo conocer la participación política de las mujeres en México. Para ello, se tomó en cuenta el seguimiento de las campañas presidenciales de los partidos de Alternativa Social Demócrata y Campesina (Alternativa), Partido de Acción Nacional (PAN), Partido de la Revolución Democrática (PRD), Partido Revolucionario Institucional (PRI) y Partido Alianza Nacional (PANAL).

Se llevó a cabo mediante un análisis cuantitativo por un periodo de siete meses, de febrero a agosto de 2006 en cinco periódicos nacionales: *La Jornada*, *El Sol de México*, *Milenio*, *El Universal* y *Reforma*. Sólo se monitorearon la Primera Plana, así como las secciones de Política y ediciones especiales de las elecciones 2006 y Sociedad o su equivalente en otros periódicos.

Se revisaron 1,060 periódicos y un total de 57,472 notas, en las cuales se buscó conocer cuántas reflejaban la condición social de las mujeres; cuántas notas eran escritas por mujeres y cuántas por hombres; cuántas fotografías había de mujeres y cuántas de hombres, etc; así como la importancia que los periódicos daban a información emitida por mujeres y a las diferentes campañas políticas.

La investigación arrojó que las mujeres aparecieron en primera plana a través de la nota sensacionalista, es decir, alcanzaron el estatus de portada de periódico al estar involucradas en algún escándalo.

Este caso ejemplar apotó en el aspecto metodológico, pues para la obtención de resultados se utilizó la técnica de análisis de contenido en medios impresos, igual que se hizo en este caso.

En Latinoamérica se efectuó el "Monitoreo latinoamericano aplicado al mismo tiempo en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, Perú y Venezuela", en cuatro fechas distintas. Los días 9 de noviembre de 2007; 12 de febrero, 9 de mayo y 8 de agosto de 2008, bajo la dirección de la Red Latinoamericana de Observatorios de Medios,³⁴ con el objetivo de descubrir si residía el desarrollo en la prensa escrita seria y de alcance nacional.

Para esta investigación de carácter comparativo se seleccionaron periódicos de carácter nacional en su distribución, que le dieran prioridad a lo informativo, salvo

el caso boliviano que cuenta con periódicos regionales, pero que en conjunto proporcionan una visión nacional.

Mediante análisis de contenido se revisaron 41 periódicos, distribuidos de manera diferenciada en cada país, entre tres y seis medios por cada uno. Ingresaron 7,955 informaciones en una primera fase; luego sólo se revisaron las que trataban directa o indirectamente el desarrollo. Las fechas de aplicación fueron elegidas al azar y por periodos trimestrales, sin enredarse excesivamente en contextos sociales o políticos previamente definidos porque interesaba recoger las tendencias cotidianas y no las excepcionales.

Entre las conclusiones que arrojó el estudio se puede decir que el enfoque del desarrollo que los medios escritos ofrecen a los ciudadanos de estos ocho países indica su compromiso con esta perspectiva que cuestiona pobreza y discriminación, a pesar de la poca claridad existente sobre significados del desarrollo. Debido a la metodología cuantitativa empleada para la realización de la investigación, se tomó como caso ejemplar.

En la Universidad de Salamanca, Muñiz e Igartua³⁵ realizaron en 2004 el estudio "Encuadres noticiosos e inmigración. Un análisis de contenido de la prensa y televisión españolas", el cual tuvo como objetivo la determinación del tratamiento dado por los medios de comunicación españoles (prensa y televisión) al fenómeno de la inmigración. Para ello, se realizó un análisis de contenido de los cuatro diarios de tirada nacional y los noticiarios de las cinco cadenas de ámbito estatal.

En total se revisaron 28 diarios y 54 espacios informativos en televisión, estos últimos emitidos en los dos horarios de mayor audiencia.

Los resultados señalaron diferencias significativas en la cobertura realizada por cada medio de comunicación, siendo más seria la presentación en la prensa y tendiendo la televisión hacia el sensacionalismo. Además, se comprueba cómo los medios presentan una especie de correlación ilusoria al asociar inmigración a problemas de índole social. El último caso ejemplar tuvo un aporte al apartado metodológico por el análisis de contenido empleado.

Los casos anteriores conforman el marco empírico, ya sea porque utilizaron la técnica de análisis de contenido en

medios de comunicación o porque fueron experiencias del abordaje de violencia y de violencia contra las mujeres en los MMC.

1.3 Marco contextual

La activista y académica de origen español, Pilar López,³⁶ destaca que desde 1993 la ONU aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en la que se reconoció que este tipo de violencia constituye uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

Dos años más tarde, en 1995 durante la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, se reconoció que la violencia contra las mujeres es una violación a los derechos humanos y un obstáculo para el pleno disfrute de los mismos.

En el continente americano, la Organización de los Estados Americanos aprobó la "Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como "Convención de Belém Do Pará",⁵ la cual consideró que la violencia contra mujeres y niñas entorpece el ejercicio pleno de derechos fundamentales como los derechos a la vida, a la salud, a la educación y a la integridad física y define la violencia contra la mujer como "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado".

En la Convención 28 países se comprometieron a realizar acciones para prevenir y erradicar la violencia de género, entre ellos México, que firmó el 4 de junio de 1995, reconociendo que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades.³⁷

Dicho convenio comprometía a México, entre otras cosas, a incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.³⁷

Entre las medidas apropiadas están las de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes; o

para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer.

Y para la mujer que haya sido sometida a violencia, se deben establecer procedimientos legales justos y eficaces que incluyan, entre otros, protección, juicio oportuno y acceso efectivo a tales. Además de modificar patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales adecuados a todos los niveles del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios, las costumbres y prácticas que se basen en las premisas de inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y para la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra la mujer.

En México la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres; así como al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas, en los artículos 1, 4 y 20 del Capítulo I de las Garantías Individuales. De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias.

El 9 de marzo del 2000 entró en vigor la NOM-190-SSA1-1999 "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar".³⁸ Esta norma es un instrumento para atender en los establecimientos de salud a las personas involucradas en situación de violencia familiar [La familia es uno de los ámbitos donde se presenta en la mayoría de los casos violencia de género] y contribuir a la prevención de ella.

Señala que para combatir la violencia familiar y promover la convivencia pacífica es necesario fomentar la equidad entre los géneros y entre todas las personas; así como construir espacios donde el rescate de la tolerancia, el respeto a la dignidad y a las diferencias entre congéneros, sean las bases de las relaciones interpersonales y sociales.

También indica que una forma de contribuir en la lucha contra la violencia de género es realizar nuevas investigaciones en el tema, que permitirán conocer la magnitud y algunas características del problema. Con la finalidad de estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o reforzar políticas públicas y tomar

decisiones para su prevención y la atención integral de los involucrados y lograr su paulatino abatimiento. Para ello marca los siguientes indicadores:³⁸

Indicadores de maltrato físico: Signos y síntomas [hematomas, laceraciones, moretones, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular], congruentes o incongruentes con la génesis de los mismos, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

Indicadores de maltrato psicológico: Síntomas y signos, indicativos de alteraciones en el área psicológica [autoestima baja, sentimientos de miedo, ira, vulnerabilidad, tristeza, humillación, desesperación] o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia a sustancias; ideación o intento suicida, por mencionar algunos.

Indicadores de maltrato sexual: Síntomas y signos, físicos [lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales] o psicológicos como baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimentaria, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias; alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

El Gobierno de la República, a través del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, se comprometió a promover acciones para fomentar una vida sin violencia ni discriminación, así como una auténtica cultura de la igualdad. También busca participar activamente en la implantación de políticas públicas encaminadas a defender la integridad, la dignidad y los derechos de las mexicanas.

La Secretaría de Salud, mediante el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, desarrolló un programa específico que considera diseñar y conducir estrategias y acciones que desde el sector salud se realicen para prevenir, atender y limitar el daño asociado a casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres; así como establecer mecanismos de coordinación con el resto de las instituciones, de gobierno o de la sociedad civil, responsables o capaces de proporcionar a las víctimas de violencia asesoría legal, refugios, apoyo laboral y procuración de justicia, entre otros servicios.

El Gobierno del Estado de Veracruz en su Plan

Veracruzano de Desarrollo 2007-2010 apoyó programas de erradicación de la discriminación de la mujer; impulsó programas en contra de la violencia intrafamiliar; reorientó y fortaleció los programas de prevención y atención de la violencia; así como realizó acciones tendientes a modificar patrones socioculturales de inequidad e injusticia, con la finalidad de contrarrestar costumbres o estereotipos que se traducen en discriminación de la mujer y violencia en su contra. Por ello promovió una cultura de respeto, convivencia y tolerancia, tanto individual y familiar, como colectiva.

Como parte del apoyo hacia el combate de la violencia de género el Gobierno de México expidió el 1 de febrero de 2007 la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, la Ley 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia¹⁴ entró en vigor el 1 de Marzo de 2008. Para este estudio, las definiciones de tipos de violencia contra las mujeres y sus modalidades se basan según lo dictan los artículos 7 y 8 de la Ley 235.⁹

De acuerdo con el Artículo 7, la violencia psicológica es "acto u omisión que dañe la estabilidad psíquica y/o emocional de la mujer; consistente en amedrentar, negligencia, abandono, celotipia, insultos, humillaciones, denigración, marginación, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo y restricción a la autodeterminación".⁹

La violencia física es "un acto que inflige daño usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas o ambas".⁹

La violencia sexual se entiende como aquel acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, que atenta contra su libertad, dignidad e integridad, como una expresión de abuso de poder que implica la supremacía sobre la mujer, al denigrarla o concebirla como objeto; la discriminación o imposición vocacional; la regulación de la fecundidad o la inseminación artificial no consentidas; la prostitución forzada; la pornografía infantil; la trata de niñas y mujeres; la esclavitud sexual; el acceso carnal violento; las expresiones lascivas; el hostigamiento sexual; la violación; así como los tocamientos libidinosos sin consentimiento o la degradación de las mujeres en los medios de comunicación como objeto sexual.⁹

La definición de violencia patrimonial se define de acuerdo con la Ley, como el acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima; se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o

distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y abarca los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.⁹

Se considera violencia económica a la acción u omisión de la persona agresora que afecta la supervivencia económica de la víctima;⁹ se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral; el no reconocimiento de la paternidad y/o el incumplimiento de las obligaciones que se derivan de la misma.

Las modalidades de violencia contra las mujeres que dicta el Artículo 8 de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz y que se tomaron en cuenta para el estudio son:

Violencia en el ámbito familiar: "acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, ejercida por personas que tengan o hayan tenido relación de parentesco, concubinato o que mantengan o hayan mantenido una relación de hecho con la víctima".⁹

Otras tres modalidades que señalan el Artículo 8 son la violencia laboral definida como "acto u omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima, e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad; se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica".⁹

La violencia escolar la define como "conductas que dañan la autoestima de las alumnas con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, condición étnica, condición académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros, personal directivo, administrativo, técnico, de intendencia, o cualquier persona prestadora de servicios en las instituciones educativas. Lo es también las imágenes de la mujer con contenidos sexistas en los libros de texto, y el hostigamiento sexual".⁹

La violencia feminicida, cuya definición es "forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos,

en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar tolerancia social e indiferencia del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres".⁹

Según la OPS² la violencia es prevenible en tres niveles diferentes. La prevención primaria se refiere a intervenciones antes de que ocurra la violencia. La secundaria son medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como atención prehospitalaria, servicios de urgencia o tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual después de una violación. La terciaria se centra en la atención de largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como rehabilitación, reintegración e intentos por reducir los traumas o discapacidades de larga duración asociada con la violencia.

Es en el primer nivel de intervención donde los MMC juegan un importante papel y, como señala López,³⁶ desde 1980 la Organización de Naciones Unidas (ONU) indicó que el avance de las mujeres encontraba serias dificultades en los MMC, los cuales diseminaban de forma global actitudes basadas en patrones culturales "obsoletos", por lo que recomendó a los gobiernos tomar medidas regulatorias, así como también desarrollar estudios y análisis de los MMC para lograr dos objetivos: avanzar en la participación de las mujeres y reforzar el papel de los MMC como agentes integradores.

Fue en 1985, en las Estrategias de Nairobi para el Avance de las Mujeres, donde se señaló el papel central de los medios de comunicación para el desarrollo en el estatus de las mujeres, por lo que se insta a la eliminación de las representaciones estereotipadas y explotadoras de las mujeres en los distintos medios, incluyendo los anuncios publicitarios.³⁶

En 1995 con el Segundo Informe y Evaluación de las Estrategias de Nairobi se manifestó, entre otras valoraciones, el uso insuficiente de los MMC para promover las contribuciones positivas de las mujeres a la sociedad. Si las imágenes de las mujeres construidas por los medios no salen de los estrechos y limitados papeles que el patriarcado les ha asignado a través de la historia como madres, esposas y objetos sexuales, no es posible que la sociedad modifique sus significados culturales.³⁹

Ese mismo año se llevó a cabo el Plan para la Acción de Beijing⁴⁰ que atendía a la necesidad de conseguir mayor acceso y participación de las mujeres en los puestos de expresión y decisión de los MMC, así como de promover

una representación equilibrada y no estereotipada de las mujeres. La plataforma se dirigía a todos los actores sociales involucrados: gobiernos, sistemas mediáticos internacionales y nacionales, organismos nacionales para el avance de las mujeres, ONG's, además de asociaciones profesionales de los medios y del sector privado. Y señalaba varias medidas para combatir los estereotipos, entre otras, como desarrollar programas de formación y sensibilización sobre asuntos de género para las y los profesionales de los medios de comunicación.

Para comprender lo que los MMC transmiten se debe hablar del término "información", que Piñuel⁴¹ define como "la disponibilidad que tiene un mensaje para utilizarse adecuadamente en un proceso de comunicación", la cual puede abordarse a partir del punto de vista físico de los mensajes y del uso humano que se hace de ellos, es decir lo que físicamente representa y el significado que le dan las personas.

Aranguren y Martinet, citados por De la Torre⁴², definen la comunicación de dos formas distintas. Para el primero "la comunicación es la transmisión de un mensaje mediante un emisor, una conducción y un receptor"; para el segundo "la comunicación es la utilización de un código para la transcripción de mensajes de una determinada experiencia en unidades semiológicas con el objeto de permitir a los hombres relacionarse entre sí".

En ese sentido, los MMC se definen como instrumentos mediante los cuales se informa y se comunica de forma masiva; son la manera como las personas, los miembros de una sociedad o de una comunidad se enteran de lo que sucede a su alrededor en los entornos económico, político, social, etc. Son la representación física de la comunicación en el mundo; es decir, son el canal mediante el cual la información se obtiene, se procesa y, finalmente, se expresa, se comunica.⁴³

McQuail⁴⁴ considera que en la actualidad los MMC llegan a ser más poderosos que los órganos constitucionales de la democracia, porque carecen de control y los intentos para regularlos llegan a verse como un atentado a la libertad de expresión.

Entre los MMC se encuentran los electrónicos y los impresos. En el primer grupo están la radio, la televisión y el internet; en el segundo, los periódicos, las revistas y los carteles, por mencionar algunos.

Este estudio sólo se basó en los periódicos, que De la

Torre⁴⁰ define como un medio que tiene como objetivo informar acerca de los acontecimientos de relevancia y trascendencia, con noticias locales, nacionales e internacionales; además de orientar, determinar ideas, actitudes y comportamientos en los niveles individual, grupal y de clase social.

La pregunta ahora es: ¿Qué hace que un hecho sea publicado en un periódico? Según Maza⁴⁵ la verdad periodística tiene que ver con el contexto humano y vital de las personas y hechos. Los datos que revelan carácter, criterio, gustos, actitudes, valores, personalidad de los seres humanos, sobre todo de la autoridad y el poder. La verdad periodística dice "no es la verdad intrínseca, ni la verdad en sí, ni la que nace de adentro, ni la que nace del periodista y sus convicciones. Es la verdad que es dada desde afuera. Es la realidad en su diaria fugacidad".

Carreño⁴⁶ señala "los valores de las noticias se otorgan a partir de los códigos profesionales empleados en la selección, construcción, presentación, contextualización y jerarquización de relatos o discursos noticiosos en los medios". Agrega que los valores de las noticias dependen operativamente de los criterios utilizados por los periodistas para medir o evaluar y, por tanto, juzgar lo noticiable de los hechos. Esto no es más que la elaboración de un juicio hecho por los profesionales de la información para establecer si un acontecimiento, una declaración o un dato son susceptibles de ser convertidos en noticia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cómo señala Vázquez,⁴⁷ la salud y la comunicación se relacionaban tácitamente hasta hace poco tiempo, cuando esa relación se hizo explícita al convertirse en objeto de estudio tanto de profesionales de la salud como de la comunicación.

El quehacer de la salud pública apunta a un esfuerzo organizado entre la sociedad y el Estado para promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, de ahí que el encuentro entre comunicación y salud pública se dé en dos niveles: el mesosocial, enfocado a la comunicación organizacional, y el macrosocial, referido a los medios de comunicación masiva, factores claves para la promoción de la salud y una respuesta social organizada efectiva ante diversas situaciones de salud-enfermedad en una población.

En ese tenor, los medios impresos desempeñan diversas funciones y disfunciones, que de acuerdo con la Teoría

Estructural Funcionalista de Wright⁴ las primeras se relacionan con aspectos positivos que cumplen los medios en una sociedad y las segunda son aquellas consecuencias indeseables para el bienestar social.

Pese a ello, en México y según los estudios revisados para el Marco Empírico no existen suficientes estudios que den un panorama de cuáles son las funciones y disfunciones que en la actualidad los medios impresos están desempeñando al cubrir notas relacionadas con violencia de género, tema que por sus dimensiones ha alcanzado a ser un problema de salud pública local, nacional e internacional.

Según la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) existe un aumento en la incidencia de traumatismos causados intencionalmente en el mundo a personas de todas las edades y de ambos sexos, especialmente a mujeres, niñas y niños. Por ello la OMS insta a servicios de salud y servicios sociales que estructuren políticas y programas específicos para abordar urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres, pues una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias.

De acuerdo con el informe Mundial 2002 de Violencia y Salud de la OMS, en el mundo 68% de las mujeres asesinadas murieron como consecuencia de la violencia del compañero íntimo. Estudios recientes efectuados en diez países, 40% de las mujeres nicaragüenses en edad reproductiva experimentaron violencia física en manos de un compañero; 70% de la violencia física era severa y 31% de las mujeres fueron golpeadas durante al menos uno de sus embarazos.⁴⁸

En Jamaica, un estudio de 450 niñas entre 13 y 14 años de edad mostró que 13% sufrieron intento de violación, muchas de ellas antes de los 12 años y 33% tuvieron contacto físico consensuado.⁴¹ En Chile, México, Panamá y Perú, un estudio sobre abuso sexual mostró que 65% de las víctimas conocían al perpetrador.⁴¹

Tapia⁴ señala que la violencia de género tiene impacto en la salud pública por las graves consecuencias psicológicas y físicas a largo plazo, además de afectar severamente diferentes áreas de la vida.

El Informe Mundial 2003 de Violencia y Salud⁸ de la OMS reportó que la violencia produce lesiones que varían desde cortes y moretones, hasta discapacidad

permanente y muerte. Por ejemplo en Canadá 43% de las mujeres maltratadas físicamente por su pareja recibieron atención médica y 50% de las lesionadas debieron ausentarse de su trabajo; sin embargo, las lesiones no fueron lo más común, de acuerdo con este Informe, sino los "trastornos funcionales". Gran cantidad de dolencias que a menudo no tienen una causa médica discernible, como los síndromes de colon irritable y de dolor crónico, trastornos reumáticos, así como del aparato digestivo; además las mujeres maltratadas reportaron más días en cama que las no maltratadas.

En cuanto a salud mental, el Informe retomó estudios de Australia, Estados Unidos, Nicaragua y Pakistán, donde las mujeres maltratadas por su pareja padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas.

Respecto de costos, las mujeres víctimas de violencia tienden a ser usuarias a largo plazo de los servicios de salud, lo que acrecienta los costos de la asistencia sanitaria. Estudios en Estados Unidos, Nicaragua y Zimbabue indican que las mujeres que han sufrido agresiones físicas o sexuales, en la niñez o edad adulta, usan los servicios con más frecuencia que las no maltratadas, por operaciones quirúrgicas, consultas médicas, estancias hospitalarias, visitas a farmacias y tratamientos de salud mental a largo plazo.

Además de los costos humanos, el Informe señala que la violencia impone una carga económica enorme a las sociedades desde el punto de vista de productividad perdida y el mayor uso de los servicios sociales. Por ejemplo en Nagpur (India) 13% de encuestadas renunciaron al trabajo remunerado debido al maltrato y estudios en Estados Unidos revelaron que víctimas de violencia en la pareja solía presentar periodos de desempleo, cambios frecuentes de trabajo, así como problemas de salud física y mental que afectaban su desempeño laboral.

Sin embargo, la OMS y la OPS aseguran que es posible disminuir este problema, tanto el acto como sus efectos, de la misma manera en que las medidas de salud pública han logrado prevenir y disminuir complicaciones relacionadas con embarazos, lesiones en el trabajo y enfermedades.

Es posible cambiar los factores que contribuyen a producir respuestas violentas ya sea dependiente de una actitud o comportamiento; así como relacionados con situaciones sociales, económicas, políticas y culturales más amplias. También es posible prevenirla con acciones

individuales y comunitarias en pequeña escala, hasta iniciativas nacionales de políticas y legislativas.⁹

Aunque Garrido⁴⁹ señala que no existe unanimidad en la comunidad científica a la hora de valorar la relación que se establece entre la visión de contenidos violentos en los MMC y la posterior comisión de actos violentos, reconoce que éstos juegan un papel muy importante al determinar lo que la gente pone atención o deja de atender, con el establecimiento de la Agenda Setting,^a además de considerarse instituciones clave de la esfera pública.^b

López³⁶ en su protocolo de actuación periodística y publicitaria sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y tratamiento informativo de la violencia de género, que publicó en España, explica la importancia de que la ONU reconociera a partir de 1980 el papel que tienen los MMC en la representación de estereotipos que fomentan la violencia contra la mujer, retomado en 1995 en la IV Plataforma del Plan para la Acción de Beijing, en la cual la ONU nuevamente reconoció que la violencia contra las mujeres se debe a las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, donde los medios han contribuido a reproducir esas desigualdades.

Algunos países han hecho análisis de contenido en medios para ver cómo se cubren determinados temas, entre ellos violencia y violencia contra las mujeres. En México y específicamente en el estado de Veracruz se desconocen las funciones que desarrollan los medios a cubrir la violencia de género, tema que por sus dimensiones forma parte de la agenda en Salud Pública.

Por lo anterior, surge la necesidad de conocer cuáles son las funciones y disfunciones, retomadas de la Teoría de Comunicación Estructural Funcionalista, que desempeñan actualmente tres medios impresos del estado de Veracruz, respecto del problema de salud pública de violencia de género, el cual para objeto de la investigación se enmarca en las definiciones de tipos y

modalidades de violencia contra la mujer que presenta la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz.

2.1 Justificación del estudio

La relevancia de que la investigación se enmarque en la violencia de género es porque se trata de una violación a los derechos humanos fundamentales y ésta se debe más a una condición social que física. Esto la hace vulnerable a las acciones de salud pública como son campañas de información y educación, además de ser un problema que se está tocando en las esferas internacionales, nacionales, estatales y municipales por la fuerza que ha tomado y su impacto en los diversos ámbitos, tanto económicos, políticos, sociales y de la salud; así como la transmisión de estos actos a través de los MMC.

Desde 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud reconoció la prevención de la violencia como una prioridad de salud pública, pues se estimaba que cada año 1.6 millones de personas perdían la vida por actos violentos. La mayor parte de éstos no eran mortales, sino que tenían como consecuencia trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, discapacidades físicas o mentales permanentes.⁵⁰

En 2003 la OMS⁹ y la OPS⁸ hicieron referencia a la carga que impone a las instituciones sanitarias el costo de atención a las víctimas, dado que las mujeres maltratadas presentan mayor asistencia sanitaria que las no maltratadas, lo cual refuerzan diversos estudios.⁷

El Informe Nacional Sobre Violencia y Salud 2006,⁵¹ reportó que la violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran importancia, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales como por la presencia de hechos extremos de discriminación de género como el feminicidio, que si bien han sido puestos en la agenda pública nacional a partir de los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, las investigaciones recientes muestran que es una expresión de violencia misógina que ocurre en muchas entidades federativas y con profundas raíces culturales.

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las

a El establecimiento de la Agenda Setting es la delimitación del tema sobre el cual se habla en los espacios públicos y es definido por los medios de comunicación a través de lo que ellos emiten. Carreño J. Los medios de comunicación. 1ª ed. México: Nostras; 2007: 20.

b La esfera pública es el espacio conceptual en que los particulares debaten los asuntos públicos y forma la opinión pública, así como de las organizaciones y los poderes institucionales, cuyo comportamiento suele ser objeto central de los debates, la vigilancia y las exigencias de rendición de cuentas de la esfera pública. Carreño J. Los medios de comunicación. 1ª ed. México: Nostras; 2007: 13.

Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2006.⁵² en México 62 de cada 100 mujeres de 15 años y más han padecido algún incidente de violencia ya sea en su relación de pareja o en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar.

La violencia más frecuente es la que ejerce el esposo o compañero, señaló 40.8% de las mujeres; 33.7% reportó violencia comunitaria; 27.5% de mujeres asalariadas, presentó violencia en el trabajo; 14% violencia familiar y 13.2% violencia escolar.

En Veracruz ENDIREH 2006⁵³ reportó que el porcentaje de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, que sufrió al menos un incidente de violencia por parte de su pareja, fue de 35.1%, cifra menor a la observada en el nivel nacional [40.8 %].

Distintas formas de violencia pueden darse de manera simultánea; tal es el caso de la violencia emocional que suele acompañar a otras formas de violencia y que alcanzó 27.8%. La violencia económica fue de 20.0%, la física de 10.8% y la sexual de 5.3%, según la encuesta.

Estudios de los medios de comunicación en España demuestran que éstos tienden a ser sensacionalistas cuando se refieren a la violencia, cumpliendo así la disfunción de entretenimiento y no abarcan el tema desde una perspectiva orientadora que lleven a la reflexión del acto y promuevan el rechazo o la eliminación del fenómeno, con lo cual no cumplen la función de vigilancia.

Conocer qué funciones y disfunciones desempeñan los periódicos respecto del tema de violencia de género en el estado de Veracruz ofrecerá un panorama de lo que están transmitiendo los medios impresos sobre este problema de salud pública, al tomar en cuenta que son generadores de opinión pública y lo que ellos transmiten es lo que la sociedad pone a discusión en el ámbito público.

Saber qué se dice en los medios impresos sobre este problema también servirá para dar propuestas a las autoridades correspondientes, como Sector Salud, Instituto Estatal de la Mujer, DIF y ONG's, con la finalidad de que aprovechen dichas funciones o minimicen las disfunciones y con ello se impacte en la población.

De igual forma, con este proyecto se atiende uno de los puntos de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 "Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar",³⁸ que resalta el requerimiento de realizar investigaciones en el tema

de violencia para conocer algunas características del problema y estar en condiciones de afrontarlo mejor, de diseñar o reforzar políticas públicas; tomar decisiones para su prevención y la atención integral de los involucrados y lograr su paulatino abatimiento.

Además, los resultados servirán para posteriores investigaciones que busquen conocer los efectos de tales funciones y disfunciones del medio de comunicación en la sociedad respecto de la violencia de género, así como también de referencia para indagar otros temas de salud sobre la funcionalidad de los medios de comunicación.

Cabe señalar que se optó por medios impresos por la factibilidad del tiempo y recursos disponibles para el análisis, considerando que para estudiar la radio y la televisión se requiere de un monitoreo, el cual es muy costoso y requiere mayor tiempo para el análisis.

2.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las funciones y disfunciones que desempeñan *Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo*, respecto del problema de salud pública de violencia de género, durante el periodo enero-diciembre 2008?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General

Conocer funciones y disfunciones de los medios masivos de comunicación impresos, a través de tres periódicos: *Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo*, sobre el problema de salud pública de violencia de género, durante el periodo enero-diciembre 2008.

3.2 Objetivos Particulares

Se plantearon de acuerdo con los conceptos abordados en la pregunta de investigación y son Comunicación, Salud Pública y Violencia de Género.

- Identificar cuáles son las funciones y disfunciones de los medios impresos, a través de los géneros periodísticos informativos y el Editorial, que abordan la violencia de género y que se publican en *Diario de Xalapa*, *El Istmo* y *La Opinión*.
- Describir cómo cumplen las funciones de vigilancia, correlación y transmisión de cultura, en general y por medio impreso.

- Describir cómo cumplen las disfunciones de correlación, transmisión de cultura y entretenimiento, en general y por medio impreso.
- Identificar cuál es la participación de las fuentes de salud en la información que se publica sobre violencia de género.
- Identificar si la violencia de género se considera en los medios impresos un problema de salud pública.
- Caracterizar de manera general a las personas involucradas en el ciclo de la violencia de género que se publican en los géneros informativos.
- Describir tipos y modalidades de violencia de género que se publican en los medios impresos.
- Conocer si hay una relación entre espacio de publicación y contenido de funciones y disfunciones en los géneros informativos [nota informativa, crónica, entrevista y reportaje] y el género de opinión el Editorial.
- Conocer si hay una relación entre día de la semana y frecuencia de notas publicadas sobre violencia de género.

3.3 Alcances y límites de la investigación

3.3.1 Alcances

Esta investigación sólo describió qué tan funcionales o disfuncionales son los medios de comunicación en sus notas informativas y el Editorial, respecto de noticias que traten el problema de salud pública de violencia de género publicadas en Primera Sección y Sección Policiaca, sin tratar de explicar el porqué de esas funciones o disfunciones.

3.3.2 Límites

La violencia de género es una construcción social, por lo cual existen diversas formas de presentarse. El instrumento abarcó el mayor número de posibilidades, mas es imposible decir que incluyó todas.

3.4 Ubicación del objeto de estudio

La investigación está fundamentada bajo un paradigma positivista, el cual, de acuerdo con Ullin y Robison,⁵⁴ tiene como supuesto básico que el mundo social está

constituido por hechos observables, donde la realidad es objetiva independientemente del investigador. De ahí se desprende la Teoría Estructural Funcionalista, la cual, desde el modelo que presenta Wright, los medios de comunicación cumplen funciones y disfunciones al transmitir los mensajes, que se buscan identificar en el abordaje de la violencia de género.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de diseño

De acuerdo con el objeto de estudio y los objetivos planteados, se trata de una investigación con diseño descriptivo, según lo marca Hernández y Fernández⁵⁵ en su libro *Metodología de la Investigación*, los cuales se caracterizan por indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

Estos diseños se presentan cuando los estudios buscan un panorama del estado de una o más variables en un determinado grupo de personas o conjunto de periódicos para este caso, en que las variables de funciones y las variables de disfunciones fueron identificadas en las notas informativas que cubrieran violencia de género.

Fue un estudio observacional que permitió hacer descripciones comparativas entre indicadores o subgrupos, como pueden ser tipos y modalidades de violencia que se publican o características de las víctimas.

En lo que respecta de la temporalidad, fue un diseño transversal porque las notas se revisaron una vez y retrospectivo porque recolectó datos de notas informativas publicadas en tres medios impresos de Veracruz, de enero a diciembre de 2008.

4.2 Universo de estudio

El universo de estudio son los medios impresos del estado de Veracruz que cubrieron información sobre violencia de género, durante enero-diciembre 2008, a través de los géneros informativos: nota informativa, crónica y reportaje y el género de opinión el Editorial.

En el estado de Veracruz circulan medios impresos con cobertura estatal y regional; así como con edición matutina y vespertina. En la siguiente tabla se registran algunos de ellos. (Ver Tabla 1.)

Tabla 1. Lista de algunos periódicos del Estado de Veracruz en 2008, presentados por nombre y región donde circulan.

Periódico	Región	Periódico	Región
1. <i>Notiver</i>	Veracruz	16. <i>El Sol</i>	Córdoba
2. <i>El Dictamen</i>	Veracruz	17. <i>Diario Acayucan</i>	Acayucan
3. <i>Diario de Xalapa</i>	Xalapa	18. <i>El Diario del Sur</i>	Acayucan
4. <i>La Opinión</i>	Poza Rica	19. <i>Los Tuxtlas</i>	San Andrés
5. <i>Imagen</i>	Veracruz	20. <i>Eyipanlla Milenio</i>	San Andrés
6. <i>Diario AZ</i>	Xalapa	21. <i>La Opinión</i>	Martínez de la Torre
7. <i>Política</i>	Xalapa	22. <i>El Martinense</i>	Martínez de la Torre
8. <i>Mundo de Xalapa</i>	Xalapa	23. <i>Gráfico</i>	Martínez de la Torre
9. <i>El Istmo</i>	Coatzacoalcos	24. <i>La Crónica</i>	Tierra Blanca
10. <i>El Liberal del Sur</i>	Coatzacoalcos	25. <i>Voces de Veracruz</i>	Pánuco
11. <i>Noreste</i>	Poza Rica	26. <i>Diario de Tuxpan</i>	Tuxpan
12. <i>Sotavento</i>	Minatitlán	27. <i>Diario de Tantoyuca</i>	Tantoyuca
13. <i>La Opinión</i>	Minatitlán	28. <i>Presencia Sureste</i>	Las Choapas
14. <i>El Mundo</i>	Orizaba	29. <i>El Mundo</i>	Córdoba
15. <i>El Sol</i>	Orizaba		

Fuente: Prensa escrita disponible en: <http://www.prensaescrita.com/america/veracruz.php>.

4.2.2 Tipo de muestreo

Para abordar el objeto de estudio se llevó a cabo un muestreo de etapas múltiples, según lo define Krippendorff,⁵⁶ caracterizado por obtener una muestra recurriendo sucesivamente a uno o más procedimientos de muestreo.

El primer paso consistió en separar los periódicos en tres estratos por zona geográfica: norte, centro y sur, porque en la entidad veracruzana sólo *Diario de Xalapa* tiene cobertura en 210 municipios, seguido por *El Dictamen* con 123 municipios.

Identificadas las tres zonas, la elección de periódicos siguió el criterio de mayor tiraje y cobertura, dando como resultado: *Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo*. (Ver Tabla 2.)

Tabla 2. Periódicos seleccionados para el análisis de contenido sobre violencia de género, por tiraje y cobertura en el año 2008.

Zona	Región	Periódico	Tiraje	Cobertura
Sur	Coatzacoalcos	El Istmo	50,000	24 municipios
Centro	Xalapa	Diario de Xalapa	40,000	210 municipios
Norte	Poza Rica	La Opinión	25,000	25 municipios

Fuente: Media Vyasa 2007.

La siguiente etapa consistió en separar el periódico por secciones y de acuerdo con el objeto de estudio se eligieron las siguientes. (Ver Tabla 3.)

- Policiaca
- Primera Sección

Tabla 3. Secciones de los diarios *La Opinión*, *El Istmo* y *Diario de Xalapa* en 2008.

La Opinión	El Istmo	Diario de Xalapa
Primera Sección	Regional	Xalapa
Regional	Estatad	Policiaca
Deportivo Extremo	Nacional	México
Estatad	Internacional	Migración
Nacional	Deportes	Internacional
Clasificados	Negocios	Finanzas
Suplemento Cotorreo	Vida y Sociedad	Opinión
Suplemento Sociales	Escenario	Espectáculos
Suplemento Extremo	Vida Joven	Comunidad y Cultura
Policiaca	Planeta 21	Ciencia y Tecnología
	Policiaca	Nuestra Vida
	Suplementos	Entrevista con

Fuente: Los datos se obtuvieron directamente de *Diario de Xalapa*, *El Istmo* y *La Opinión*.

La Primera Sección se incluyó porque en ella se encuentra la información a la que el medio asigna una elevada importancia.

La Sección Policiaca se incluyó porque es el género informativo a través del cual se da cuenta de eventos o consecuencias de éstos, en los que según Arriaga⁵⁷ se encuentra implícitamente algún modo de violencia, que rompe lo común de una sociedad determinada y, a veces, la normatividad.

Se descartaron Nacional e Internacional, porque en la mayoría de los casos la información que se publica en esas secciones es de agencias como Notimex, Reuters o cortesías de *El Universal* u otros diarios, por lo que implica el costo de la correspondencia.

4.2.3 Tamaño de muestra

Una vez ubicado el medio y las secciones de interés, se dio paso al tamaño de la muestra. De acuerdo con estudios elaborados por Stempel y referidos por Krippendorff,⁴⁶ en un periódico una muestra más allá de 12 ejemplares no produce resultados significativamente más precisos, siempre y cuando tenga una distribución similar del contenido, por lo tanto, se consideraron 12 ejemplares por cada medio impreso. Dados los objetivos planteados en la investigación, se tuvo una muestra de 156 ejemplares, 52 por cada medio.

4.2.4 Muestra

Para el corpus del análisis de contenido, se eligieron tres medios impresos de Veracruz: *La Opinión*, en el norte; *El Istmo*, sur y *Diario de Xalapa*, centro, de los cuales el corpus textual para conformar la muestra se delimitó de acuerdo con lo publicado en las secciones Policiaca y Primera Sección, durante 52 semanas, en el periodo enero-diciembre 2008.

Finalmente, para conformar el corte espacio-temporal^c de los periódicos a ser analizados [Corpus], se hizo una selección por conveniencia, la cual consistió en elaborar una tabla. El llenado se hizo semana por semana de cada mes, dando como resultado en algunos casos cinco semanas por mes y en otros cuatro, dependiendo de los domingos que tuvieran. (Ver Tabla 4.)

Tabla 4. Fecha de los ejemplares que conformaron el corpus de la investigación, por mes y días del calendario 2008.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total
Ene	21		16		11		6	4
Feb		12		7		3	24	4
Mar		11	19		8	1	30	5
Abril			23	17	11	5		4
May	19	13	7	8				4
Jun	2	10	18	26			1	5
Jul	21				4	12	20	4
Ago		26	20	14	1	30		5
Sep	8	2		11		27		4
Oct				23	17	11	5	4
Nov	24	25			29	8	2	5
Dic	1	9	17				28	4
Días	7	8	7	7	7	8	8	52

Fuente: Selección de corpus elaborado para esta investigación.

4.2.5 Unidades de análisis

Las unidades de análisis fueron unidades temáticas identificadas por su correspondencia con una definición conceptual, en las notas sobre violencia de género publicadas en *La Opinión*, *El Istmo* y *Diario de Xalapa*, a través de los géneros informativos de nota informativa, reportaje y crónica y el género de opinión el Editorial, que se publiquen en las secciones Policiaca y Primera Sección.

4.2.6 Criterios de selección

Criterios de inclusión: notas informativas, reportajes, crónicas y editoriales publicados en Primera Sección y Policiaca de *La Opinión*, *El Istmo* y *Diario de Xalapa* que aborden tipos y modalidades de violencia contra la mujer que marca el Artículo 8 de la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Veracruz.

Criterios de exclusión: géneros de opinión, salvo el Editorial, notas informativas, reportajes, crónicas y editoriales publicados en *La Opinión*, *El Istmo* y *Diario de Xalapa* que no aborden las modalidades de violencia contra la mujer que marca el Artículo 8 de la Ley de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Veracruz o que no estén ubicados en las secciones Policiaca o Primera Sección.

Criterios de eliminación: géneros periodísticos que sean inserción pagada por alguna institución.

4.3 Definiciones operacionales de variables e indicadores

c El corte espacio-temporal sirve para ubicar el periodo en que se realizó la investigación e identificaron las unidades de análisis.

Para el abordaje del objeto de estudio se tomaron en cuenta variables de contexto sobre comunicación, violencia de género y salud pública; así como las variables demográficas de los actores que se presentan dentro de la noticia y las variables físicas de los medios impresos, necesarias para el análisis de contenido. La operacionalización de las mismas se obtuvo del Marco Referencial.

A continuación se presentan cada una de ellas con su definición conceptual, operacional, indicadores y expresión numérica. (Ver Tablas 5, 6, 7, 8 y 9.)

Tabla 5. Definición operacional e indicadores de las variables de contexto relacionadas con comunicación.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Expresión Numérica
Disfunción de entretenimiento	Obstaculiza la acción social, permite la evasión, degrada los valores estéticos.	Notas que describan el acto violento contra la mujer con detalle, sobre todo cuando se trate de violencia física o notas cuyas imágenes sean más grandes que la información contenida en la nota o expongan a la víctima.	% de notas que contengan datos de la disfunción de entretenimiento.	Total de notas seleccionadas* suma de notas con la característica de interés/100.
Disfunción de correlación	Incrementa el conformismo social, evita el cambio social.	Datos que justifiquen el acto violento del agresor contra las mujeres, por situación económica, psicológica o física, tales como: "Porque no tenían dinero"; "había consumido alguna sustancia el agresor"; "tiene problemas de salud el agresor"; "era discapacitada la víctima".	% de notas que contengan uno o más datos de la disfunción de correlación.	Total de notas seleccionadas,* suma de notas con la característica de interés/100.
Disfunción de transmisión de cultura	Despersonaliza los actos de socialización. Aumenta la masificación en la sociedad. La cultura es un resultado, pero también una mediación, donde el lenguaje es un medio fundamental para estructurar psíquica y culturalmente.*	Datos que justifiquen el acto violento contra la mujer con argumentos socialmente contruados, tales como: "Porque es hombre"; "porque es mujer"; "por el trabajo al que se dedica la víctima"; "porque se lo enseñaron al agresor"; "porque no sabía el agresor"; "por machismo"; "por hombría del agresor".	% de notas que contengan uno o más datos de la disfunción de transmitir cultura.	Total de notas seleccionadas,* suma de notas con la característica de interés/100.
Función de vigilancia	Se entiende como la recopilación y distribución de información concerniente a acontecimientos en el entorno, tanto dentro como fuera de cualquier sociedad particular. Advertencia de peligros naturales, ataques, guerras, noticias esenciales para la economía y otras instituciones	Datos que den aviso de conductas o situaciones de peligro que desarrollan violencia de género o en su caso identificar que se vive este tipo de violencia; características de una persona violenta; características de la violencia de género; signos de alerta para vivir una violencia; test; tipos y modalidades de violencia que hay y a qué se refieren. Datos que señalen la violencia de género como algo negativo para la sociedad, rechazo o señalamientos.	% de notas que contengan uno o más datos de la función de vigilancia.	Total de notas seleccionadas,* suma de notas con la característica de interés/100.

Función de correlación	Es la interpretación de la información respecto del entorno y las prescripciones para la conducta en reacción a estos acontecimientos. Combate las amenazas contra la inestabilidad, impide el pánico, apoya la movilización y ayuda a conservar el poder.	Datos que favorezcan la acción conjunta de varios sectores para la resolución del problema. Datos sobre acciones conjuntas de diferentes sectores para combatir la violencia de género: programas conjuntos; actividades donde se involucre más de una institución para combatir la violencia o datos donde el medio exhorte a los sectores a realizar acciones; cifras de casos de violencia; costos económicos. Alternativas para mujeres que viven violencia de género: instituciones de ayuda; leyes; acciones individuales que la víctima puede hacer.	% de notas que contengan uno o más datos de la función de correlación.	Total de notas seleccionadas,* suma de notas con la característica de interés/100.
Función de transmisión de cultura (equidad)	Incluye actividades destinadas a comunicar el acopio de normas sociales de un grupo, valores de una generación a otra y relacionadas con la actividad educacional. Incrementa la cohesión social; amplía las bases de normas comunes, experiencias, etcétera.	Datos que fomenten la igualdad y equidad de género o informen los derechos de las mujeres y la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.	% de notas que cumplan la función de transmisión de cultura.	Total de notas seleccionadas,* suma de notas con la característica de interés/100.

Wright C. *Análisis funcional y comunicación de masas*. 2da rev. Moragas M. Compilador. España: Gustavo Gilli; 1982: 207-223.

* Lamas M. *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. 1er ed. México: Taurus; 2002. 22-55 p.

Tabla 6. Definición operacional e indicadores de las variables de contexto relacionadas con violencia de género.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Expresión Numérica
Violencia psicológica	Acto u omisión que dañe la estabilidad psíquica y/o emocional de la mujer; consistente en amedrentar, negligencia, abandono, celotipia, insultos, humillaciones, denigración, marginación, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo y restricción a la autodeterminación.	Datos que informen sobre amedrentaciones, negligencias, abandono, celotipia, insultos, humillaciones, denigración, marginación, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo y restricción a decidir.	% de notas que contengan algún dato de violencia psicológica. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Violencia física	Acto que inflige daño usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que provoque o no lesiones internas, externas, ambas o la muerte.	Datos que informen actos que dañen a una persona usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que provoque o no lesiones internas, externas, ambas o la muerte.	% de notas que contengan algún dato de violencia física. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Violencia sexual	Acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, que atenta contra su libertad, dignidad e integridad, como una expresión de abuso de poder que implica la supremacía sobre la mujer, al denigrarla o concebirla como objeto.	Datos que informen actos de violación, trata de mujeres, hostigamiento sexual, tocamientos libidinosos sin consentimiento.	% de notas que contengan algún dato de violencia sexual. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.

Violencia económica	Acción u omisión de la persona agresora que afecta la supervivencia económica de la víctima; se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral. También se considera como tal el no reconocimiento de la paternidad y/o el incumplimiento de las obligaciones que se derivan de la misma.	Datos que informen sobre la omisión del pago de un salario, el no reconocimiento de la paternidad y/o el incumplimiento de las obligaciones que se derivan de la misma.	% de notas que contengan algún dato de violencia económica. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Violencia patrimonial	Acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima; se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y abarca los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.	Datos que informen actos de sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer necesidades de la víctima.	% de notas que contengan algún dato de violencia patrimonial.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Violencia familiar	Acto abusivo de poder u omisión intencional dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, ejercida por personas que tengan o hayan tenido relación de parentesco, concubinato o que mantengan o hayan mantenido una relación de hecho con la víctima.	Datos que informen actos abusivos de poder u omisión intencional, para dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, ejercida por personas que tengan o hayan tenido relación de parentesco, concubinato o que mantengan o hayan mantenido una relación de hecho con la víctima.	% de notas que contengan algún tipo de violencia familiar. Proporción de la violencia familiar con relación al resto.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100. Dividir el número de notas con violencia familiar entre el total de notas analizadas.
Violencia laboral	Acto u omisión en abuso de poder que daña la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima e impide su desarrollo y atenta contra la igualdad; se ejerce por las personas que tienen un vínculo laboral o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica.	Datos que informen actos u omisión en abuso de poder que dañen la autoestima, salud, integridad, libertad y seguridad de la víctima y que sea ejercida por personas que tienen un vínculo laboral o análogo con la víctima, independientemente de la relación jerárquica.	% de notas que contengan algún tipo de violencia laboral. Proporción de la violencia laboral con relación al resto.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100. Dividir el número de notas con violencia laboral entre el total de notas analizadas.

Violencia escolar	Conductas que dañan la autoestima de las alumnas con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, condición étnica, condición académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros, personal directivo, administrativo, técnico, de intendencia o cualquier persona prestadora de servicios en las instituciones educativas. Lo es también las imágenes de la mujer con contenidos sexistas en los libros de texto y el hostigamiento sexual.	Datos que informen conductas que dañan la autoestima de las alumnas con hostigamiento sexual o actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, condición étnica, condición académica, limitaciones y/o características físicas, que les infligen maestras o maestros, personal directivo, administrativo, técnico, de intendencia o cualquier persona prestadora de servicios en las instituciones educativas.	% de notas que contengan algún tipo de violencia escolar. Proporción de la violencia escolar con relación al resto.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100. Dividir el número de notas con violencia escolar entre el total de notas analizadas.
Violencia feminicida	Forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que conllevan tolerancia social e indiferencia del Estado y culmina en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.	Datos que informen de muertes violentas de mujeres.	% de notas que contengan violencia feminicida. Proporción de la violencia feminicida con relación al resto.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100. Dividir el número de notas con violencia feminicida entre el total de notas analizadas.

Fuente: Ley 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

Tabla 7. Definición operacional e indicadores de las variables de contexto relacionadas con salud pública.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Expresión Numérica
Programa de violencia de la SSA	La Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se propuso llevar a cabo un programa específico, que considera: diseño y conducción de estrategias y acciones que desde el sector salud se desarrollen para prevenir, atender y limitar el daño asociado a casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres y el establecimiento de los mecanismos de coordinación con el resto de las instituciones, de gobierno o de la sociedad civil, responsables o capaces de proporcionar otro tipo de servicios a las víctimas de violencia tales como asesoría legal, refugios, asesoría y apoyo laboral y procuración de justicia, entre otros.	Notas que mencionen algo sobre el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres de la SSA. Acciones, actividades, campañas.	% de notas que mencionen algo sobre el programa de la SSA. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Problema de salud pública	La violencia puede y debe ser tratada como un problema de salud pública, no sólo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación que hoy se suele denominar "capital social".*	Notas que digan que la violencia de género es un problema de salud o salud pública.	% de notas que digan que la violencia es un problema de salud pública. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Gasto total en salud	El gasto total de salud mide el uso final de unidades residentes de bienes de asistencia médica y servicios, más la formación de capital bruto en los cuidados de salud en industrias proveedoras de asistencia médica (se refiere a todas las instituciones donde la asistencia médica es la).	Notas que mencionen el gasto total en salud a causa de la violencia contra las mujeres.	% de notas que digan el gasto total en salud a causa de la violencia de género. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.

Fuente: Programa de Prevención y Atención de la Violencia de la Secretaría de Salud.

* Pellegrini F. La violencia y la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 1999; 5(4/5): 219-221.

Tabla 8. Definición operacional e indicadores de las variables demográficas de los actores sociales que se presentan dentro de la nota.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Expresión Numérica
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo que describa el medio sobre los actores de la información publicada a través de los géneros periodísticos.	% de mujeres víctimas de violencia de género; % de hombres y mujeres responsables de la información.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Edad	Intervalo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha del censo, expresado en años solares completos.	Edad en años que describa el medio sobre los actores de la información publicada a través de los géneros periodísticos.	% de edad de las víctimas y victimarios por grupos etáreos.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Escolaridad	Nivel escolar aprobado por la persona en el momento del registro.	Nivel escolar que describa el medio sobre la víctima o victimario de la información publicada a través de los géneros periodísticos.	% por escolaridad de víctimas y victimarios. % con escolaridad y % sin escolaridad.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Actividad económica	Conjunto de acciones desarrolladas para producir bienes y servicios para el mercado.	Ocupación que describa el medio sobre los actores de la información publicada a través de los géneros periodísticos.	% por ocupación de las víctimas, los victimarios y las fuentes de información. % amas de casa, % estudiante, % trabaja, % no trabaja, % otro, % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Estado civil	Situación de cada persona en relación con leyes o costumbres relativas al matrimonio que existen en el país. a) Solteros: nunca han contraído matrimonio. b) Casados. c) Viudos. d) Divorciados no vueltos a casar. e) Casados pero separados.	Situación legal de la víctima que sea reportada en la nota: soltera, casada, viuda, divorciada no vuelta a casar, casada pero separada.	% de mujeres solteras; % de mujeres casada; % unión libre; % otra. % no dice.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997. Metodología y Tabulados. INEGI: México; 1999: 625-633.

Tabla 9. Definición conceptual, operacional e indicadores de las variables físicas del medio impreso.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Expresión Numérica
-----------	-----------------------	------------------------	-----------	--------------------

Presentación de la nota	Información que se publica en los medios impresos mediante los diferentes géneros periodísticos. Nota informativa: descripción de un hecho, no califica lo que informa, lleva la firma del autor. Crónica: narración de un acontecimiento en el orden en el que se fue desarrollando, transmite impresiones del autor. Columna: los textos aparecen en un lugar y con periodicidad fija, con título general y permanente, son firmadas por el autor. Editorial: texto que expresa el punto de vista del director o propietario del diario, analiza, emite un juicio y toma posición frente a los hechos más sobresalientes del día.	Toda la información que se publique en los medios impresos mediante notas informativas, crónicas, columnas, artículos de opinión y editoriales, que traten temas relacionados con violencia de género.	Total de publicaciones que cubran los tipos y modalidades de violencia de género. % notas informativas; % reportajes; % crónicas; % Editorial.	Suma de notas que cubran los tipos y las modalidades de violencia de género. Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Jerarquización de la nota	Poder que tienen los medios de priorizar jerárquicamente la información de acuerdo con ubicación y tamaño de la nota dentro de una página.	Lugar que ocupa la publicación dentro del periódico de acuerdo con su ubicación y tamaño de título. Nota principal: la que tenga mayor tamaño de letra el título y/o se encuentre en la parte superior de la página. Segunda nota: aquella que siga en tamaño de letra de título, después de la principal y se encuentra en la parte de arriba o en medio del diario. Resto de las notas: no importa la ubicación ni el tamaño de título.	% de notas principales; % de notas secundarias; % del resto de las notas.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.
Tamaño de la nota	Existe una relación directa entre la importancia de la nota y su tamaño. Esto es el porcentaje que ocupa la nota con relación a la plana entera del periódico.	Espacio que ocupa la nota dentro del periódico. Más de una página, una página, 1/2 página, 1/4 de página, 1/3 de página, 1/8 de página, 1/16 de página, 1/32 de página, 1/64 de página. Esto se calcula: una plana del diario en cuestión, se divide en dos; cada una corresponde a 1/2 de páginas; la mitad de éstas corresponde a 1/4, su mitad a 1/8, su mitad a 1/16 y así hasta llegar a 1/64 de páginas, esta medida se confronta con el tamaño de la noticia y se establece el tamaño aproximado.	% más de una página; % una página, % 1/2 página, % 1/4 página, % 1/3 página, % 1/8 página, % 1/16 página, % 1/32 página, % 1/64 página.	Total de notas seleccionadas*, suma de notas con la característica de interés/100.

<p>Ubicación</p>	<p>La ubicación permite establecer la importancia de cada fuente a determinados sucesos o personajes. Se establece de acuerdo con primera plana, páginas editoriales, páginas de otra sección, sección especial, portada de sección.</p>	<p>Lugar donde se ubica la nota, definidas por: portada en primera sección; páginas de primera sección; portada de sección policiaca; páginas de sección policiaca.</p>	<p>% de notas publicadas en portada de primera sección; % de notas publicadas en interiores de primera sección; % de notas publicadas en los tres medios informativos impresos analizados cubren la violencia de género desde una perspectiva de funciones y disfunciones enmarcadas por el teórico de la comunicación Wright.</p>
<p>Ilustración</p>	<p>La imagen refuerza las afirmaciones contenidas en una nota y se utilizan para evidenciar la fuerza de un hecho; las que son a color tienen mayor importancia que las blanco y negro.</p>	<p>Ilustración que acompaña a la nota informativa midiendo sólo: Su presencia: está en uso de la técnica de Krippendorff, que se realizan en los análisis de contenido, con Krippendorff, que son: • Normas • Índices y símbolos • Representaciones lingüísticas • Comunicaciones • Procesos institucionales</p> <p>se calcula: una plana del diario en cuestión, se divide en dos sistemas cada una corresponde a 1/2 de páginas; la mitad de estas corresponde a 1/4, su mitad a 1/16 y así hasta llegar a 1/64 de páginas. Esta medida se confronta con el tamaño de la imagen y se establece el tamaño aproximado.</p> <p>Actor de la imagen: víctima, victimario, fuente de información o escenario.</p> <p>Plano de la toma: rostro, arma homicida, cuerpo descubierto (si pereció).</p>	<p>Total de notas seleccionadas*, suma de inferencias sobre la violencia de género desde una perspectiva de funciones y disfunciones enmarcadas por el teórico de la comunicación Wright. % de notas con ilustración • % de caricaturas • % de gráficos; % color y % blanco y negro; % una página, % 1/2 página, % 1/4 página, % 1/3 página, % 1/8 página, % 1/16 página, % 1/32 página, % 1/64 página. % víctimas, % victimarios, % fuentes de información, % escenario, % rostros victimario, % cuerpos cubiertos, % armas homicidas.</p> <p>Total de notas seleccionadas*, suma de inferencias sobre la violencia de género desde una perspectiva de funciones y disfunciones enmarcadas por el teórico de la comunicación Wright. % de notas con ilustración • % de caricaturas • % de gráficos; % color y % blanco y negro; % una página, % 1/2 página, % 1/4 página, % 1/3 página, % 1/8 página, % 1/16 página, % 1/32 página, % 1/64 página. % víctimas, % victimarios, % fuentes de información, % escenario, % rostros victimario, % cuerpos cubiertos, % armas homicidas.</p>

Fuente: Acosta M. Los procesos electorales en los medios de comunicación. 1ª ed. México: Academia Mexicana de Derechos Humanos.

Por ejemplo, la variable de tipos de violencia se relaciona con el cumplimiento de funciones de los medios impresos.

4.4 Procedimientos, técnicas e instrumentos para la recolección de información

4.4.1 Técnica

Para conocer las funciones y disfunciones de los medios impresos respecto de la violencia de género se empleó la técnica de análisis de contenido, la cual de acuerdo con Holsti, citado por Krippendorff,⁵⁶ sitúa los datos en el interior de un contexto de la comunicación entre un emisor y un receptor, el cual tiene tres finalidades principales:

- Describir las características de la comunicación, averiguando qué se dice, cómo se dice y a quién se dice.
- Formular inferencias en cuanto a los antecedentes de la comunicación, averiguando por qué se dice algo.
- Formular inferencias en cuanto a los efectos de la comunicación, averiguando con qué efectos se dice algo.

Este estudio sólo describió las características de la

En las investigaciones sobre comunicación de masas la frecuencia con que aparecen un símbolo, idea o tema en un mensaje se interpreta como medida de importancia, atención o énfasis. El equilibrio en la cantidad de atributos favorables o desfavorables en una idea o tema tiende a interponerse como medida de la orientación o tendencia.

El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que pueden aplicarse a su contexto; comprende procedimientos especiales para el procesamiento de datos y su finalidad consiste en proporcionar conocimiento y una representación de los hechos.

En esta investigación, el análisis de contenido fue

d Inferir significa, según la Real Academia de la Lengua, sacar una consecuencia o deducir algo de otra cosa (...) llevar consigo, ocasionar, conducir a un resultado. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Espasa Calpe; 2001 [Citado 2008 Dic 8]. Disponible en: <http://www.academia.org.mx/rae.php>.

descriptivo de acuerdo con los objetivos específicos que se delimitaron en el planteamiento del problema. Según las unidades de registro se trató de un análisis temático con fuentes secundarias, que por los parámetros de medición y evaluación fue de tipo cuantitativo.

4.4.2 Instrumentos para la recolección de información

Un buen registro de información es algo primordial en la investigación, pues como menciona Krippendorff “no es posible analizar lo que no ha sido adecuadamente registrado, ni puede esperarse que un material que sirve de fuente venga expresado ya en los términos formales de un lenguaje de datos”.⁵⁶

Debido a que esta investigación sólo tuvo fuentes de información secundaria [tres periódicos de Veracruz], el instrumento que se empleó para la recolección de información fue un Manual de Códigos, que como su nombre lo indica, se trata de un manual en que se establecen y ordenan variables definidas a priori, las cuales se dimensionaron y categorizaron.

Una vez evaluadas las dimensiones y categorías se dio paso a la codificación, lo cual en su conjunto construyó el Manual de Códigos y que posteriormente se aplicó. Los datos se recogieron en hojas de captura.

4.4.2.1 Manual de Códigos

El Manual de Códigos, de acuerdo con Acosta,⁵⁸ definió las variables que midieron funciones y disfunciones de la prensa durante enero-diciembre 2008, así como la forma en que dichas variables se estructuraron para obtener resultados específicos. El manual consistió en una lista organizada y sistematizada de las variables a ser analizadas, así como la codificación de posibles opciones o alternativas para cada una, lo cual definió la manera en cómo los elementos de la realidad fueron recuperados y posteriormente capturados y analizados.

El Manual de Códigos se desarrolló en una tabla de cuatro columnas. La primera lleva el número de variable que se busca dentro del material impreso; la segunda maneja el código con el cual se capturó la opción correspondiente; la tercera es el nombre de la opción y, finalmente, la cuarta lleva la descripción de la variable. (Ver Tabla 10.)

Tabla 10. Ejemplo del Manual de Códigos para el análisis de contenido de medios impresos que cubrieron violencia de

género en el 2008.

Variable	Código	Nombre de variable	Descripción de variable
V2		Fuente hemerográfica	Periódico del cual se obtiene la información
	1	<i>La Opinión</i>	El periódico fuente fue <i>La Opinión</i>
	2	<i>El Istmo</i>	El periódico fuente fue <i>El Istmo</i>
	3	<i>Diario de Xalapa</i>	El periódico fuente fue <i>Diario de Xalapa</i>

Fuente: Manual de Códigos.

La recolección de información se hizo en una hoja de captura diseñada en Excel, la cual consiste en una cuadrícula donde las columnas indican el número de variable a la que se refiere y las opciones disponibles. En los renglones se colocó el registro del periódico analizado y se tachó la opción que correspondía, según lo referido en el Manual de Códigos.

El diseño de la hoja de captura permitió que las variables nominales aceptaran más de una opción cuando fue necesario, así el investigador no debió describir lo encontrado, únicamente tachó el cuadro correspondiente a lo encontrado en campo.

4.4.3 Validez y confiabilidad del instrumento

Para que los resultados de la investigación fueran confiables, se establecieron mecanismos que ayudaron a darle esa fiabilidad a los instrumentos empleados para recolectar la información. En este caso se utilizó el diseño sugerido por Krippendorff⁵⁶ en su libro *Metodología del análisis de contenido, de test-test*, el cual evalúa los errores de incongruencias del observador y desacuerdos entre los observadores y se le conoce como reproductibilidad.^e

Esta prueba requirió una nota informativa que cumpliera los criterios de selección, el Manual de Códigos, dos hojas de captura y dos investigadores que analizaron de manera independiente la misma nota. Esto se hizo para conocer si las instrucciones, el Manual de Códigos o la hoja de registro presentaban incongruencias de acuerdo con los observadores o si existían diferencias en

e La reproductibilidad, de acuerdo con Krippendorff, “es el grado en que un instrumento puede aplicarse en circunstancias diferentes, en otros lugares y con la intervención de codificadores distintos”, Krippendorff K. *Metodología del análisis de contenido. Teoría y práctica*. 1ª ed. Wolfson L. Traductor. Barcelona: Paidós; 1997. 195 p.

la manera de interpretar.

Lo anterior arrojó una proporción de concordancia de 90%; sin embargo, al considerarse que algunas respuestas serían producto del azar, se obtuvo el índice kappa, que resultó de 0.87, lo cual fue muy buena concordancia, según los márgenes para valorar el grado de acuerdo, propuestos por Landis y Koch,^f es decir, que los instrumentos fueron confiables para ser empleados en la investigación.

La validez, de acuerdo con Polit,⁵⁹ es el segundo criterio de importancia para evaluar un instrumento cuantitativo, pues denota el grado en que dicho instrumento mide lo que se supone debe medir.

Krippendorff⁵⁶ señala que si se pretende que los resultados de una investigación de análisis de contenido sean aceptados como hechos indiscutibles se requiere que tengan validez.

El Manual de Códigos por ser un instrumento que mide el contenido, su validez debió orientarse a eso; por tanto, se buscó que las dimensiones y categorías de las variables y los códigos empleados para ellas fueran los correspondientes para lograr los objetivos de la investigación.

Para conseguir la validez temática se acudió con tres expertos: uno en violencia de género, uno en comunicación y uno en estadística. Una vez que los expertos analizaron el Manual de Códigos se realizaron las modificaciones pertinentes que se explican en seguida:

La experta en comunicación consideró que el Manual consideraba lo necesario para aplicarse en el apartado de variables físicas del medio.

El experto en género realizó observaciones en cuanto especificar más las categorías, incluyendo espacios en blanco a responder por el investigador en las variables que incluían la opción "Otro"; así como especificar la función de transmisión de cultura, como función de cultura de equidad de género.

^f Landis y Koch propusieron que: <0 no hay acuerdos; de 0 a 0.2 hay acuerdo insignificante; de 0.2 a 0.4 es grado bajo; de 0.4 a 0.6 hay grado moderado; de 0.6 a 0.8 existe grado bueno y de 0.8 a 1 es grado muy bueno. Molinero L. Medidas de concordancia para variables cualitativas [Internet]. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; 2001 Sep [Revisado 2009 Feb 27; citado 2009 Mar 12]. Disponible en: <http://www.seh-ielha.org/concor2.htm>.

La experta en estadística modificó la codificación de funciones y disfunciones, las cuales incluían categorías incluyentes cuando en un principio en el Manual se consideraban como categorías excluyentes, lo cual generaría problemas en el momento de capturar la información y analizarla.

4.5 Procedimientos para el análisis de la información

4.5.1 Captura de datos

Para la captura y el posterior procesamiento estadístico de la información se requirió una computadora con los elementos básicos para instalar el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual permite manipular datos, producir reportes, graficar y ejecutar análisis estadísticos simples o complejos.

La base de datos de SPSS cuenta con todas las variables que describe el Manual de Códigos y que se registran en de la hoja de captura.

Las primeras columnas de la base de datos estuvieron dedicadas a las variables físicas de la nota, las cuales fueron llenadas casi en su totalidad; para el resto de las variables se usó TAB para avanzar a la columna con el siguiente número. Era probable que quedaran columnas vacías, lo cual no afectó en los resultados que se obtuvieron, pues se trató de conocer cómo se presentaban dichas variables en los medios impresos.

Para prevenir errores en el procesamiento de la información se realizó una prueba piloto y después se hicieron los cambios necesarios, en caso de existir.

Una vez extraída la información de las notas informativas a través de las hojas de captura, fueron vaciadas en la base de datos de SPSS y se continuó con el procesamiento de la información.

4.5.2 Técnica de análisis

Las técnicas analíticas empleadas en este estudio fueron análisis de frecuencias; análisis de asociaciones, correlaciones y tabulaciones cruzadas; así como análisis de contingencias.

a. El análisis de frecuencias⁵⁶ es la técnica analítica con la forma más común de representación de datos. Utilizada generalmente para el compendio del análisis

emplea frecuencias absolutas y relativas: las primeras señalan el número de incidentes que aparecen en una muestra y las segundas, los porcentajes del tamaño muestral.

- b. El análisis de asociaciones, correlaciones y tabulaciones cruzadas⁵⁶ representa los datos mediante relaciones entre las variables, las cuales se aprecian en tabulaciones cruzadas de las frecuencias de co-ocurrencia de valores de dos variables. Éste aplica cuando no importa la frecuencia con la que ocurre un evento, sino la relación que tiene con otros.
- c. El análisis de contingencias⁵⁶ se dedica a inferir la red de asociación de un mismo texto, a partir de la pauta de co-ocurrencia de símbolos en los mensajes.

El programa de SPSS sirvió como herramienta para hacer las técnicas analíticas mencionadas, pues a través de él se obtuvo la frecuencia del universo de las variables definidas en el Manual de Códigos como: actor más mencionado como fuente informativa; frecuencia por día y por género periodístico; tipo de violencia, funciones y disfunciones de las notas, por mencionar algunos. Además permitió el cruce de dos o más variables que se requirieran para el análisis de contingencia y para el de asociaciones, correlaciones y tabulaciones.

4.5.3 Prueba Piloto

Antes de pasar a la recolección de información se realizó una prueba piloto, la cual, de acuerdo con Tapia,⁶ permite ver las deficiencias existentes con relación al diseño metodológico y realizar los ajustes necesarios, tanto de los instrumentos como de la organización.

Los ajustes fueron desde corregir posibles errores en el momento de la captura; agregar o eliminar algunos ítems por considerarse improcedentes o necesarios; además de tomar los tiempos de recolección de información, en cuanto a revisión y captura por ejemplar, para tener una idea de cuánto tiempo se requería para levantar toda la información y con base en ello tener una planeación.

En este caso, la prueba piloto arrojó la información necesaria para realizar los cambios pertinentes tanto en el Manual de Códigos, en la hoja de captura y en la base de datos donde se capturó y procesó la información.

4.5.4 Análisis e interpretación de la información

Para responder la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las funciones y disfunciones que desempeñan *Diario de Xalapa*, *La Opinión* y *El Istmo*, respecto del problema de salud pública de la violencia de género durante el periodo enero-diciembre 2008? Se hizo un análisis de contenido temático; el primer paso fue obtener frecuencias relativas de las variables por categoría, de la V39 a V49, que son las variables dependientes de funciones y disfunciones y sus dimensiones.

Los datos recolectados sirvieron para analizar los objetivos específicos y para ello se obtuvieron frecuencias relativas y absolutas, que se presentaron mediante gráficas de pasteles en aquellas variables nominales dicotómicas y gráfica de barras para las variables nominales no dicotómicas y variables ordinales. Para las variables cuantitativas discretas se obtuvieron frecuencias absolutas por categorías y posteriormente se buscaron las medidas de tendencia central de media y moda. Su representación fue en tablas.

Caracterizar a las personas involucradas en el ciclo de la violencia de género que se publican en los géneros informativos, en general y por medio impreso, se logró obteniendo frecuencias relativas por categorías de las variables V13 a la V28 relacionadas con los conceptos contruidos a priori.

Se identificó la participación de las fuentes de salud en la información que se publica sobre violencia de género, mediante frecuencias relativas por categorías de la variable V17.

Describir cómo cumplieron las funciones de vigilancia, correlación y transmisión de cultura, en general y por medio impreso, se logró obteniendo frecuencias relativas por categorías de las variables V40, V42 y V44, relacionadas con los conceptos contruidos a priori.

Describir cómo cumplieron las disfunciones de correlación, transmisión de cultura y entretenimiento, en general y por medio impreso, se logró obteniendo frecuencias relativas por categorías de las variables V46, V48 y V50, relacionadas con los conceptos contruidos a priori.

Para conocer si hay una relación entre espacio de publicación y contenido de funciones y disfunciones en

los géneros informativos y conocer si hay una relación entre el día de la semana y cumplimiento de funciones y disfunciones de los medios, se sacaron frecuencias absolutas de las variables físicas y las variables de comunicación, a las que posteriormente se les buscó una asociación mediante un análisis bivariado y finalmente se buscó si la asociación era estadísticamente significativa a través de la χ^2 .

Describir tipos y modalidades de violencia de género que se publican en los medios impresos a través de los géneros informativos, en general y por medio impreso, se consiguió con frecuencias absolutas y relativas por categorías de las variables V29 a V38, relacionadas con los conceptos construidos a priori.

Para comprobar o desechar una relación entre día de la semana y frecuencia de notas publicadas sobre violencia de género se obtuvieron frecuencias absolutas de las variables de violencia de género y la variable física V4 y posteriormente se hizo una tabla de contingencia; finalmente se buscó una asociación mediante una prueba estadística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2007 Sep 3 [Citado 2008 Oct 2] disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. OPS. La salud es un derecho humano, pero... ¿y la equidad?; Organización Panamericana de la salud. 2002 - [Citado 2008 Oct 2] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature48.htm>
3. Reiss A. Roth R. Understanding and Preventing Violence. 1er ed. Washington: National Academy Press; 2003.
4. Guzmán M. La violencia familiar. 1er ed. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; 2007. 6-20 pp.
5. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención De Belem Do Para" [Internet]. Washington: Tratados multilaterales. Departamento de Derecho Internacional. Organización de los Estados Americanos. 1994 - [Citado 2009 Feb 27]. Disponible en : <http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-61.html>
6. Tapia R. El Manual de Salud Pública México. 2da ed. México: Intersistemas; 2006. V, 199, 927 pp.
7. Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Pública de México [Internet] 2006 [citado 2009 Feb 27] 48 (2): 250- 258 Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2006/48_S2%20violencia%20de%20genero.pdf
8. OPS. Informe mundial sobre violencia y salud. Washington; Organización Panamericana de la salud; 2003. 3-113 p.
9. Gobierno del Estado de Veracruz. Ley 235 de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Instituto Veracruzano de las Mujeres. Gobierno del Estado. Pub. Feb 2007 diario oficial de la federación.
10. Hembras, mujeres, femeninas. Identidades y Teoría de Género [Internet]. Cuba: Negra Cubana. 2007 [citado 2008 Oct 1º] disponible en: <http://negracubana.blogia.com/2007/030702-hembras-mujeres-femeninas.-identidades-y-teoria-de-genero.php>
11. Lamas M. Cuerpo: Diferencia sexual y género. 1er ed. México: Taurus; 2002. 22-55 p.
12. Turbert S. Del sexo al género. Los equívocos de un concepto. 1er ed. Valencia: Universidad de Valencia; 2003. 106-108 pp.
13. Porras-Ríos. Violencia familiar [Tesis de maestría]. Nuevo León (México): Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León; 2004, Marco conceptual, 75p.
14. Casique L, Ferreira A. Violencia contra mujeres: Reflexiones teóricas. Revista Latino-a, Enfermagem [Internet]. 2006 Nov-Dic [Citado 2009 Feb 27]; 14 (6). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a18.pdf
15. Castells M, Martínez C. La era de la información:

- Economía, Sociedad y Cultura. 1er ed. Vol. II, El Poder de la Identidad. México: Siglo XXI; 2000. 159 p.
16. León G. Teorías e investigación de la Comunicación en América Latina Situación actual [Internet]. España: Universidad de la Laguna; 2002 Feb [Citado 2009 Feb 26]. Disponible en: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/ambitos/7-8/arti02.htm>
 17. Karam T. Epistemología y Comunicación. Notas para un debate [Internet]. Monterrey (México): Tecnológico de Monterrey, Campus Estado de México; 2009 [Revisado 2009 Feb 20; Citado 2009 Feb 27]. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n61/tkaram.html>
 18. Wolf M. La investigación de la comunicación de masas. 1er ed. Artal C, Traductora. Barcelona: Paidós; 1987. 68-91 pp.
 19. Martín M, Piñuel J. Teoría de la comunicación I. Epistemología y análisis de la referencia. 2da rev. Madrid: Cuadernos de la comunicación; 1982. 127-129 pp.
 20. Harold Dwight Lasswell 1902-1978 [Internet]. España: Universidad de Málaga, Cátedra UNESCO. 2002- [Citado 2008 Sep 26] Disponible en: <http://www.infoamerica.org/teoria/lasswell1.htm>
 21. Saint S. Robert King Merton (1910-2003) [Internet] Argentina: Universidad Católica Argentina; 2007 Jun 20 [citado 2008 Sep 30] disponible en: <http://teocoms.blogspot.com/2007/06/r-obert-king-merton-1910-2003-la-prueba.html>
 22. Moragas M. Sociología de la comunicación de masas. 2da Rev. España: Gustavo Gilli; 1982. 211-223 pp.
 23. Charles Wright [Internet]. España: Universidad de Málaga, Cátedra UNESCO. 2002- [Citado 2008 Sep 30] Disponible en: <http://www.infoamerica.org/teoria/wright1.htm>.
 24. Wright C. Análisis funcional y comunicación de masas. 2da Rev. Moragas M. Compilador. España: Gustavo Gilli; 1982 207-223 pp.
 25. Wilbur S. Proceso y efectos de la comunicación colectiva. Estados Unidos: CIESPAL; 1964. 303 p.
 26. Carreño J. Los medios de comunicación. 1er ed. México: Nostras; 2007. 23-75p
 27. Vives C. Historia reciente de la cobertura periodística de la violencia contra las mujeres en el contexto español (1997-2001). Gac Sanit [Internet]. 2005 [Citado 2008 Sep 28]; 19 (1): 22-28. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv19n1/original3.pdf>
 28. Molina M. Aproximación a la violencia en el deporte: análisis de contenido en la prensa escrita. EF y Deportes. [Internet]. 2004 Nov [Citado 2008 Sep 24]; 78(10): 1. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd78/violen.htm>
 29. Villaseñor-Farías M. Castañeda J. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. Salud Pública de México [Internet]. 2003 [Citado 2008 Oct 3]; 45 (1): 44- 57. Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/Junio_PDF_Salud%20Reproductiva.pdf
 30. Mejía J. Medios de comunicación y violencia: Los Jóvenes Pandilleros de Lima. ea. 2005 Sep;14(3): 389-404.
 31. Informe Quiral 2007 [Internet] España: Fundación Vila Casas. 2007 [Citado 2008 12 sep]. Disponible en: <http://www.fundacionvilacasas.com/ventanas/inf07.htm>
 32. Resultados del monitoreo a la cobertura de cuatro noticiarios televisivos locales sobre las elecciones de Baja California [Internet] Baja California: Fundar, Centro de Análisis e
 33. Investigación, A.C. Comisión Ciudadana de Derechos Humanos del Noroeste 2007. [Citado 2008 sep 12]. Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/PDF/Monitoreo%20de%20las%20elecciones%20de%20Baja%20California%201.pdf>
 34. CIMAC Noticias, publicación inédita. Agosto 2006.
 35. Alfaro R. Monitoreo latinoamericano de medios

- impresos [Internet]. Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación 2008. Calandria. [Citado 2008 Oct 2] disponible en: <http://www.alaic.net/index.html>
36. Muñiz C, Igartua J. Encuadres noticiosos e inmigración. Un análisis de contenido de la prensa y televisión españolas. ZER Revista de Comunicación [Internet]. 2004 [citado 2008 Sep 30]: 87-104. Disponible en: <http://ldei.ugr.es/webequal/Documentos/TextosArenaProfesionales/MóduloC/Textos/MunizIgartua2004.pdf>
 37. López P. Protocolo de actuación periodística y publicitaria sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y tratamiento informativo de la violencia de género [Internet]. Cantabria: gobierno de Cantabria; 2007 [citado 2008 Nov 17] 9-39pp. Disponible en: http://www.pilarlopezdiez.eu/documents/protocolo_Cantabria.pdf
 38. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém Do Pará". [Internet] Adoptada en Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, en el vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General. Disponible en: scm.oas.org/Reference/spanish/CIDH/P.%20RATIFICACION%20BELEM%20DO%20PARA.doc
 39. Norma Oficial Mexicana Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Pub Mar 2000. NOM-190-SSA1-1999.
 40. Segundo Informe y Evaluación de las Estrategias de Nairobi citado por López P. Protocolo de actuación periodística y publicitaria sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y tratamiento informativo de la violencia de género [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2007 [citado 2008 Nov 17] 9-39 pp. Disponible en: http://www.pilarlopezdiez.eu/documents/Protocolo_Cantabria.pdf
 41. ONU. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas: "Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI" [Internet]. Nueva York 2000 Jun 5-9. Departamento de Información Pública de Naciones Unidas. [Citado 2009 Feb 27] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/mujer2021.htm>
 42. Piñuel J. Epistemología de la comunicación. 1er ed. Madrid: Visor; 1982.
 43. De la Torre. Taller de análisis comunicación 1. 1er ed. Vol 1, Taller de análisis de comunicación. México: Mac Graw Hill; 1995. XIII, 195, 215 p.
 44. Biblioteca Luis Angel Arango [internet]. Banco de la República de Colombia [Citado 2008 Oct 2] disponible en <http://www.lablaa.org/blaavirtual/ayudadetareas/periodismo/per2.htm>
 45. McQuail D. Introducción a la teoría de la comunicación de masas. Barcelona: Paidós; 2000.
 46. Maza E. Medios de comunicación: realidades y búsquedas. 1er ed. México: UACM; 2003. 80 p.
 47. Carreño J. Los medios de comunicación. 1er ed. México: Nostras; 2007. 23-75p
 48. Vázquez D. Los encuentros entre la salud y la comunicación. Altepaktli Salud de la comunidad. Universidad Veracruzana Instituto de Salud Pública. 2007 Mar 5; 3(5): 21-28 pp.
 49. UNIFEM, ISIS. 16 días de activismo contra la violencia hacia las mujeres: 25 de noviembre al 10 de diciembre de 2005. [Internet] 2005 [Citado 2008 Oct 4]; disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3897.pdf>
 50. Garrido M. 40 años de investigación de los efectos de la violencia en prensa y televisión. Razón y Palabra [Internet]. 2002 Jul [Citado 2008 Oct 2]; (27). Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/dacs/publicaciones/logos/anteriores/n27/mgarrido.html>
 51. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Violencia contra las mujeres 2003. Un reto para la salud pública en México.[Internet]. México: INSP. 2004. [Citado 2009 Feb 26] Disponible en <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/ENVIM2003.pdf>
 52. SSA. Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. México: Secretaría de Salud; 2006.
 53. INEGI. Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las Relaciones en los hogares 2006 [Internet]. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2006. [Citado 2009 Mar 2] Disponible en: <http://74.125.47.132/>

¿INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN O SIGNIFICADOS NEGOCIADOS? ALCANCE DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN POBLACIONES INDÍGENAS

Rocío López Lara, Dr. Francisco Domingo Vázquez Martínez

INTRODUCCIÓN

La investigación de la comunicación en el campo de la salud ha abarcado diversidad de objetos de estudio: comunicación en la relación médico-paciente, comunicación organizacional, comunicación como herramienta para la promoción y la educación para la salud, evaluación de campañas de comunicación, por citar sólo algunos tópicos. Dentro de esa diversidad, la comunicación ha sido concebida predominantemente como un instrumento para informar, persuadir y educar a las poblaciones respecto de la prevención de enfermedades y el cuidado de su salud.

Por el contrario, poco se han estudiado los procesos comunicativos grupales dirigidos a la prevención y a la educación con personas sanas que hacen uso de los servicios de salud; tampoco, cómo se desarrolla la interacción de la población con el personal de salud capacitador, cuando pertenecen a culturas y lenguas distintas y de qué manera ven transformada su práctica y sus ideas después de la comunicación. Menos aún son los estudios que han abordado estas cuestiones desde una perspectiva de los sujetos. La presente investigación contribuye en este sentido, al tratarse de un estudio cualitativo sobre el proceso de comunicacional intercultural.

Hablar de comunicación en salud implica necesariamente una relación interpersonal, una interacción entre personas que dialogan sobre un tema. Este tema del que se habla, ya sea la salud o las medidas que se deben seguir para protegerse de una enfermedad, no es un contenido aislado; es una construcción colectiva cargada de significados, simbolismos y reglas propias del grupo social al que se pertenece.

Esto también sucede con los saberes y las prácticas en torno al cuidado de la salud infantil: lo que los profesionales de la salud y las poblaciones entienden, expresan y hablan sobre la salud de los niños, es lo que

han construido socialmente en sus propios contextos culturales. Muy pocas veces los individuos son conscientes del origen de sus ideas y sus expresiones, menos aún de sus diferencias con las ideas de los otros y del efecto que esta diferencia causa, tanto en el contenido hablado como en las personas que hablan e interactúan.

La atención médica en los Centros de Salud es el primer espacio de respuesta institucional ante las necesidades sanitarias de la población. Con relación a la salud infantil, estudios y análisis oficiales reconocen importantes avances en la disminución de muertes por diarreas, infecciones respiratorias, bajo peso al nacer y enfermedades prevenibles por vacunación, producto de medidas de salud pública como el incremento en la cobertura de los servicios de atención primaria en las comunidades o en los apoyos para la nutrición.¹

Desde finales de los años 90 del siglo pasado, estudios sobre la calidad de la atención integrada al menor de cinco años señalaron que uno de los factores que contribuye a la mortalidad infantil por diarreas, infecciones respiratorias agudas o deficiencias de la nutrición, es la capacitación deficiente de la madre con relación al cuidado del niño enfermo en el hogar.²

En las comunidades indígenas, esta capacitación deficiente alude a una comunicación intercultural que no ha logrado ser eficaz. Si bien en las políticas sanitarias actuales se reconocen las diferencias culturales de las poblaciones y se planea que el personal de salud sea capaz de responder positivamente a ellas, aún no se ha estudiado el peso que esas diferencias culturales tienen sobre el proceso de la atención médica, la capacitación de las madres de familia y el aprendizaje de las medidas de cuidado del niño enfermo en el hogar.

Por lo anterior, esta investigación se propone explorar la forma cómo es vivido e interpretado por los propios actores sociales, los procesos comunicativo y educativo

en salud. Se trata, también de un estudio cualitativo sobre los significados que madres de familia indígenas y personal de salud de municipios indígenas de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba construyen alrededor de su interacción comunicativa durante las acciones de capacitación grupal. Se pretende acercarse al fenómeno de la comunicación educativa en su dimensión interpersonal, colectiva y sociocultural y generar, a partir de este acercamiento, una retroalimentación de las acciones, los procesos y las prácticas del personal de salud del primer nivel de atención de la región en estudio.

El diseño del estudio consta de tres etapas. La primera, previa al estudio, analiza la morbi-mortalidad en los municipios indígenas con bajo Índice de Desarrollo Humano de la Jurisdicción Sanitaria VII, para elegir cuatro comunidades participantes. La segunda, de trabajo en campo consiste en tres visitas a las comunidades participantes, para observar el desarrollo de las acciones de capacitación grupal con las madres de familia, formar cuatro grupos focales con las mujeres indígenas que acuden a estas capacitaciones, además de llevar a cabo entrevistas focalizadas con el personal de salud responsable de la capacitación. La tercera etapa del estudio es el trabajo de procesamiento y análisis de la información cualitativa recuperada.

La estructura de este protocolo contiene, en su primer capítulo, el Marco Referencial al que se suscribe el estudio; en él se introduce a la Teoría del Interaccionismo Simbólico como marco teórico del análisis y se desarrollan brevemente conceptos de la comunicación intercultural, tomados como ejes del estudio: interacción, comunicación, negociación intercultural, barreras comunicacionales, representaciones simbólicas y cultura. También se relacionan antecedentes empíricos que han estudiado la forma como el personal y los usuarios de los servicios de salud experimentan el intercambio comunicacional entre sí.

En el segundo capítulo del trabajo, Planteamiento del Problema, se desarrolla la justificación de este estudio con base en dos elementos: la magnitud y trascendencia de la morbilidad y mortalidad infantiles en poblaciones indígenas; así como el papel que la comunicación educativa tiene en planes, programas y prácticas de los servicios preventivos y de atención de la salud en México. Además, presenta la pregunta central de investigación y preguntas temáticas que permiten profundizar en el estudio.

El tercer capítulo es breve y contiene exclusivamente el Objetivo de la Investigación, que como se ha señalado es comprender los significados que construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas, alrededor del proceso comunicativo que se desarrolla durante las acciones grupales de capacitación en salud.

En el cuarto y último capítulo del protocolo se desarrolla el Diseño Metodológico del estudio, detallando las características del tipo de estudio, sus fases y la forma como se realizará el muestreo cualitativo; también se describen los ejes y las categorías conceptuales a utilizar durante el análisis de la información. Más adelante se incluye la descripción de técnicas e instrumentos a utilizar en el estudio, mismas que se complementan con los protocolos y las guías de entrevista integradas en los anexos. Un apartado relevante de este capítulo es la presentación detallada del método para el procesamiento de la información y del modelo para el análisis cualitativo.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Argumentación Teórica

1.1.1 La comunicación y el Interaccionismo Simbólico

El Interaccionismo Simbólico es una corriente teórica que plantea que las personas se comunican entre sí a partir de los símbolos: el lenguaje verbal y el no verbal. Esto implica que en la base de la construcción social está una permanente comunicación e interacción entre personas, a través de la cual se van construyendo el sentido de las situaciones de la vida cotidiana.

Durante las interacciones comunicativas las personas reflejan lo que conocen de los otros, lo que esperan y lo que creen que los demás esperan de ellos. En este sentido, las sociedades construyen significados compartidos que posteriormente influyen en la realidad social.³ En las sociedades multiculturales este proceso es fundamental, pues participa de la construcción de la identidad propia y la del "otro", así como de la disposición de las personas para el intercambio y la negociación de significados.

George H. Mead^o estudia la comunicación como forma de interacción entre los individuos; ésta, a su vez, juega

a Las ideas de George H. Mead y otros teóricos como Charles H. Cooley y William I. Thomas fueron bautizadas años después por Herbert Blumer como Interaccionismo Simbólico.

un papel mediador de significaciones. Mead analiza la forma cómo es significado por las personas el acto social, ya sea de forma consciente o no.

El lenguaje es fundamental en el fenómeno social, pues a través de éste, el sujeto mantiene relación con su grupo social y construye la cultura. El lenguaje verbal y el no verbal son expresiones de la vida psíquica, del imaginario y de las costumbres de las personas. Las cosas que ellas dicen no son sólo palabras, son la apropiación de la realidad del grupo. Por tanto, es posible investigar y analizar la naturaleza social del lenguaje así como la naturaleza simbólica de la sociedad. Mead planteaba que a diferencia de la realidad natural, la realidad simbólica es transformada y puede ser destruida por la misma sociedad que antes la creó.⁴

El Interaccionismo Simbólico plantea tres premisas:⁵

- Las personas actúan ante las cosas según el significado que tienen para ellos; ese significado es internalizado mediante una comunicación reflexiva, en que la persona se dice a sí misma lo que significan las cosas para ella.^b
- Los significados de las cosas se construyen en la interacción social.
- Cuando la persona entra en contacto con las cosas, el significado que tenía de ellas es usado, verificado, reagrupado o transformado a través de un proceso interpretativo.

Tanto Mead como Blumer se centraron en los procesos mediante los cuales las personas negocian los significados que asignan a los fenómenos sociales.

1.1.2 Interacción médico-paciente, comunicación intercultural y negociación de significados

En el ámbito de la salud, la relación médico-paciente es una relación de dos; cuando se habla de la salud pública, esa relación se vuelve colectiva, es decir, involucra a grupos; esto último lleva inmersa, además, la afirmación de la salud como una construcción sociocultural.⁶

^b Esta especie de conversación interior es llamada por Blumer "intersubjetividad". Cuando la persona dice cosas para sí mismo, esas cosas que dice hablan de él tanto como hablan del objeto.

La comunicación interpersonal es el intercambio de mensajes cara a cara e involucra a actores con distintos orígenes e historias, a veces con códigos y lenguajes diferentes, que juegan roles y que funcionan como emisores y receptores alternativamente; en el caso que nos atañe, pueden ser médico-paciente o médico-familia. Incluye lo verbal y lo no verbal: posturas, gestos, distancia física, movimientos corporales, contacto visual, vestimenta.⁶

Pinto señala que la enfermedad es más que una condición física u orgánica; es una representación social cargada de significados sociales: cómo es entendida y sobrellevada por el enfermo; qué implica el padecimiento en la vida familiar; cómo se simboliza; cómo se explica su origen. Ante estas cuestiones, hay diferencias entre la perspectiva médico-asistencial y la cultural, las cuales generan ruido en la comunicación (disonancia comunicacional) y definen calidad y resultados de la relación.⁶

En los últimos años, la comunicación interpersonal y las diferencias que se generan en el encuentro entre las personas han sido profundizadas desde la perspectiva de la comunicación intercultural. Según Sarbaugh, citado por Asunción-Lande, la comunicación entre las personas se dificulta cuanto más heterogéneas son entre sí. Algo semejante plantea Gudykunst al explicar que en la comunicación intercultural se da el mismo proceso que en toda comunicación interpersonal en que se intercambian simbolismos; sólo que cuando los participantes pertenecen a culturas diferentes se vuelve una "comunicación con extraños", con un grado mayor de incertidumbre ante el diálogo.⁷

El resultado del encuentro intercultural estará influido por el conocimiento que cada persona tenga de los antecedentes de su interlocutor, la forma como perciban esas diferencias entre ellos y la motivación que sientan hacia el resultado del diálogo. En todo caso se trata de una experiencia compartida y no de un acto aislado, en que se requiere que los participantes identifiquen, además de sus diferencias culturales, sus semejanzas.⁷

Asunción-Lande anota que "la comunicación es el proceso de transmitir mensajes y compartir significados por medio de símbolos", incluyendo en la transmisión del mensaje los procesos de selección, organización e interpretación de símbolos, todos ellos determinados por la cultura y la experiencia individual. Además, implica la retroalimentación como el medio para asegurar la correcta interpretación del mensaje.⁷

Berlin y Fowkes, citados por Alarcón, Vidal y Neira, afirman que el proceso de la comunicación intercultural se logra a través de cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar. En la comunicación intercultural en salud existen barreras lingüísticas importantes (gramaticales, simbólicas y semánticas), pero su efecto se minimiza a través de dos estrategias específicas:⁸

- El personal de salud conoce la cultura médica de la población y está dispuesto al diálogo con ella.
- El personal de salud comprende y respeta el modelo de salud-enfermedad del paciente y aprovecha los elementos culturales que sean útiles para la recuperación del enfermo. Es una validación genuina de la cultura de la población y una negociación cultural respetuosa.

Como se mencionó, el encuentro entre los modelos médico y local puede desencadenar en conflicto; entonces, la negociación intercultural inicia con la identificación de las áreas de conflicto y las áreas de coincidencia; después, busca en ambas los significados que son semejantes o que llevan a un consenso y termina con un acuerdo entre las partes respecto de lo que hay que cambiar o hacer para sanar. A decir de Kleinman, citado por Alarcón, Vidal y Neira, la eficacia del tratamiento se logra cuando “éste se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo”, de manera que se compromete a seguirlo.⁸

Troyano y Carrasco describen tres tipos de conductas comunicativas que se configuran al momento de negociar y resolver conflictos:⁹

- **Pasiva:** Estilo de comunicación que utiliza una persona insegura, que se somete a los deseos de otros; quien se comunica así no pregunta, habla poco y utiliza monosílabos; su postura es distante y evade el contacto físico, gesticula poco con las manos y su rostro se mantiene serio, con la mirada hacia abajo; el tono de voz es bajo, usa muletillas, habla titubeante y de forma entrecortada.
- **Agresiva:** Estilo de comunicación unidireccional; la persona habla sin escuchar al interlocutor, manipula o domina la comunicación, utiliza su poder para lograr sus objetivos; su postura es intimidante, gesticula con las manos, su expresión facial es tensa, no sonríe y mira fijamente a los ojos; habla de forma imperativa, crítica, indica u ordena, pregunta intensamente y se toma

mucho tiempo para hablar, sin pausas ni silencios; su voz es enfática y muestra fluidez verbal.

- **Asertiva:** Estilo de comunicación efectivo; la persona que se comunica con este estilo se adapta a cada contexto y se comporta de forma íntegra, comprensiva, madura, racional y en control de las situaciones difíciles; habla en primera persona, plantea preguntas que involucren a los demás en la solución de los problemas; su expresión facial es relajada, sonriente, mira a los ojos y usa un volumen de voz y velocidad adecuados.

Miquel Rodrigo aborda la comunicación intercultural satisfactoria para ambos interlocutores, entendiendo la competencia intercultural como una habilidad para negociar significados y actuar comunicativamente de forma eficaz. Siguiendo los argumentos de Umberto Eco al respecto de la interpretación del discurso desde el mismo universo de significados en que fue emitido o el uso libre del discurso más allá de su significado original, Rodrigo plantea que cuando se estudia la comunicación intercultural es necesario tener en cuenta que la interpretación se hace desde un universo distinto al del origen del discurso; es decir, quien interpreta un mensaje de otra cultura o en otro idioma, lo interpreta desde sus propios referentes, desde lo que comprende o no de esa cultura y ese discurso.¹⁰

La competencia intercultural posee elementos cognitivos y emotivos. En el primer caso, dado que la comunicación es una construcción de sentidos, se requiere conocer los significados que tienen las cosas para la otra cultura, tanto como ser consciente de los significados y las características de la cultura propia. También se debe ser capaz de usar otras categorías para interpretar las cosas y, especialmente, se requiere una habilidad metacomunicativa; es decir, ser capaz de explicar lo que se quiere decir. Todo esto disminuirá la incertidumbre ante la comunicación y sus posibles resultados, favoreciendo que las personas no asuman un papel etnocéntrico y evitando que usen estereotipos para explicar las conductas de los otros.^{7,10}

Respecto del elemento emotivo de la competencia intercultural, las personas deben ser capaces de involucrar en su interacción las emociones positivas, manejar la ansiedad y ser tolerante ante la ambigüedad que se genera en el encuentro intercultural; requiere sentir empáticamente, es decir, comprender el sentir de la otra persona, pero usando los referentes culturales de aquel, no los propios. Este elemento emotivo implica motivación e

interés en la otra cultura, deseo de conocer y de aprender sobre la forma como ellos interpretan la realidad.¹⁰

Las variables culturales señaladas como capaces de generar problemas en la comunicación interpersonal son:⁷

- **Idioma:** Las personas perciben, nombran e interpretan según su idioma; es decir, las palabras adquieren connotaciones particulares, significan cosas diferentes según el idioma en que se están expresando.
- **Códigos no verbales:** Influyen en la comunicación intercultural, ya que cada cultura los significa y utiliza de manera específica; se utilizan para comunicar sentimientos, actitudes o preferencias, para reforzar o contradecir el mensaje verbal, o para mostrar al interlocutor que se le entiende. Son más fáciles de malinterpretar.
- **Concepción del mundo:** El concepto que una persona o grupo social tiene del mundo es una representación interna, construida y organizada socialmente; en ella están implícitos valores, creencias y actitudes significativas para esa cultura. Sarbaugh, citado por Asunción-Lande, describe tres dimensiones de la concepción del mundo: el propósito de la vida, la naturaleza de la vida y la relación del hombre con el cosmos. Las personas perciben la información e interpretan los hechos a través de estas representaciones.
- **Rol que se desempeña en las relaciones sociales:** Cada cultura crea y mantiene un orden social a partir de asignar roles a los individuos, según su edad, sexo, parentesco, situación social, poder, riqueza o conocimiento que poseen.
- **Patrones de pensamiento:** Son esquemas mentales que reflejan la forma como las personas organizan sus experiencias, impresiones e ideas sobre las cosas de la vida cotidiana; en estos patrones queda registrado el origen del conocimiento, así como las distorsiones con que la persona percibe los mensajes de la comunicación.

1.1.3 Modelos de comunicación en salud y su epistemología del aprendizaje

La comunicación en salud es, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud,

mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida".

Con una visión similar, los Centros para Control y Prevención de Enfermedades, de Estados Unidos, la definen como "la realización y entrega de mensajes y estrategias, basadas en investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y comunidades". En una conceptualización menos instrumental, Don Nutbeam (citado por la OPS, 2001) la concibe como el proceso a través del cual se desarrollan conocimientos, comprensión y habilidades "que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud".¹¹

Varios son los autores e investigadores^{12,13} que coinciden en que la comunicación en salud se ha desarrollado desde dos enfoques:

- **Como medio para informar, convencer y persuadir masivamente a la población sobre ciertas conductas saludables.** Centra su interés en la oportunidad, credibilidad y validez de la información que se proporciona, así como en los medios y lenguajes a través de los cuales se transmite. A este enfoque corresponde el mercadeo social.
- **Como proceso social, dirigido al desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas de salud favorables.** Enfoque que ha puesto a la comunicación como eje de los procesos de organización, participación y cambio social; se trata de una comunicación grupal, popular, liberadora; estimula la participación individual y colectiva con el propósito de construir entornos saludables.

Frente al enfoque tradicional de la comunicación social o mercadotecnia social, algunos investigadores (Piñuel y Galván, 1995; Arredondo, 2001; Gumucio, 2002 y Pereira, 2003, citados por Calvo) proponen recuperar el carácter educativo que deben tener los programas de salud a través de una comunicación participativa, que favorezca el intercambio social.¹⁴

El propósito de la comunicación horizontal, dialógica y comunitaria es generar espacios de intercambio y negociación de sentidos entre los agentes sociales implicados, lo que permitirá fortalecer la capacidad de las comunidades en el cuidado de su salud.

La creación de espacios de comunicación e intercambio dentro de los programas de salud permitirá desarrollar competencias comunicativas no sólo en los prestadores del servicio de salud, sino en los destinatarios de los programas, lo que será un elemento importante para su autogestión posterior.¹⁵ Gumucio enfatiza que se trata de una comunicación centrada en el hombre, pero no en sus comportamientos individuales, sino en las normas sociales y culturales que explican su quehacer.¹⁶

Según Calvo, esta comunicación participativa se desarrolla fundamentalmente mediante:¹⁴

- Actividades de comunicación educativa.
- Uso de medios alternativos o populares.
- Creación de redes o tejidos sociales entre instituciones y grupos sociales.
- Recuperación de las prácticas socioculturales de las comunidades que dan pie a estrategias de comunicación en salud, coherentes con sus propias necesidades y expectativas.
- Predominio de lo local, lo micro y lo cotidiano en la comunicación de las poblaciones, frente a los medios masivos de comunicación y la mercadotecnia social.
- Generación de espacios de debate, intercambio de experiencias y construcción de consensos, en torno a los temas que sobre su salud les interesan a los individuos.

El precursor de la corriente de comunicación participativa y para la educación fue Paulo Freire, quien asignó a la comunicación un papel fundamental dentro de su pedagogía para la conciencia. Según él, los medios de comunicación deben ser un instrumento cultural fundamental para devolverles la palabra, la voz, a quienes les ha sido negada por un modelo vertical de educación dominante, donde no existe el diálogo sino el antidiálogo, lo que no permite que el hombre desarrolle la conciencia y comprensión de su existencia, de la de otros hombres y del propio mundo. En tanto esta conciencia no exista, no se da pie al cambio, a la movilización y a la transformación de las condiciones de vida del hombre.¹⁷

Freire describió a la comunicación para la libertad, como una comunicación no alienante, en que no hay emisores y receptores pasivos, sino interlocutores en un diálogo multicultural, esto es, un proceso horizontal entre sujetos sociales históricos, educador y educando, quienes al mismo tiempo son educando y educador. Para Freire sólo el diálogo comunica, mientras que el antidiálogo únicamente emite comunicados; es decir, el que se

asume como sabio o experto deposita en los educandos información que memorizan, pero ésta poco o nada dice de ellos, pues no es su palabra, no es su experiencia. Esto es lo que el educador brasileño llamó la concepción bancaria de la educación.¹⁸

El modelo masivo de comunicación fue analizado por Freire y señalado como alienante, en tanto representaba la extensión o difusión del modelo hegemónico. Según Freire, el propósito de los modelos extensionistas es persuadir, extender comunicados e invadir culturalmente a una población seleccionada. La persuasión no concilia con la educación, pues impone un contenido de propaganda, no problematiza y menos comunica.¹⁸

La corriente sociocultural de la educación, impulsada por autores como Vigotsky, Bruner y Coll, planteó que el aprendizaje es producto de una actividad de construcción colectiva, por lo que está fuertemente determinado por las interacciones significativas y la comunicación con los otros, los compañeros y los educadores. Lo que se aprende en grupo son los saberes de la propia cultura; primero se aprenden en la relación con los otros y después se interiorizan, con ayuda del andamiaje^c cultural que ofrecen los más avanzados del grupo.

En las situaciones de aprendizaje colectivo, cada sujeto parte de marcos de referencia personales, pero a partir de los intercambios comunicativos y la negociación de significados, se construyen marcos de referencia colectivos y propios de su cultura.¹⁹ Gracias a la competencia comunicativa se conceptualizan los aprendizajes, pero esos conceptos provienen del discurso cultural y del intercambio con el grupo; lo que el individuo apropia son significados culturales.²⁰

1.2 Argumentación Empírica

Tradicionalmente, las instituciones de salud y aquellos que dictan las políticas y diseñan las campañas sanitarias han considerado que la suficiencia de información es el medio para que las poblaciones desarrollen hábitos de vida saludables, asumiendo con ello que las prácticas de los individuos son resultado directo de sus ideas y

c Se entiende por andamiaje el apoyo psicosocial que los sujetos expertos ofrecen a los aprendices; con el ejemplo, el acompañamiento y la explicación, el experto va acercando al aprendiz al objeto de conocimiento; le provee de una especie de estructura de relaciones y símbolos que le permiten al novato ejercitarse con mayor seguridad y compromiso al objeto; el experto se irá retirando conforme el otro vaya haciendo suyo el proceso de aprendizaje.

conocimientos al respecto: explicación mecanicista del comportamiento y el aprendizaje.

Este planteamiento carece de la consideración de todos aquellos factores socioculturales, estructurales y psicológicos que interactúan en las decisiones y las acciones de los individuos y los grupos sociales. Al respecto, diversos investigadores con perspectivas antropológicas y sociológicas han profundizado en los procesos de comunicación educativa que se conforman entre la población y el personal de salud, así como en los factores que intervienen en las prácticas de cuidado de la salud en el hogar.

1.2.1 Significados de las mujeres en torno a la salud, la enfermedad y el cuidado de los hijos

En el 2007, a partir de los resultados de una investigación cualitativa sobre prácticas y discursos en torno a la alimentación en la población de Andalucía, España, Martín Criado analiza el origen de la "discordancia" entre las prácticas efectivas y las representaciones que madres de familia de clases populares tienen sobre la salud y la alimentación de sus hijos.²¹

Actualmente se presenta un fenómeno complejo de incorporación del discurso médico a los conceptos que sobre la salud y la alimentación posee la población, especialmente las madres de familia. Su mayor escolaridad y su frecuente asistencia a los servicios de salud –congruentes con la cultura escolarizada hegemónica– ha propiciado que aquellas utilicen en mayor medida los términos médicos y legitimen el saber del profesional de la salud, aun sobre los saberes tradicionalmente transmitidos por la propia familia.

Por otro lado, esas mismas mujeres deben resolver el dilema de integrar esos saberes, muchas veces ideales y normativos, a una práctica familiar que les representa otros significados y otras demandas, lo que las lleva a hacer adecuaciones conceptuales sobre lo que son la salud y la alimentación sana.²¹

Esta apropiación de conocimientos médicos no está exenta de imprecisiones y lagunas, pues suelen adquirirse de forma fragmentada, tanto por la forma en que son transmitidos (parcializados), como por los procesos psicológicos de quien aprende: cada nuevo conocimiento es reinterpretado por la persona, según sus experiencias y referentes. Este conocimiento será asimilado si encuentra saberes anteriores congruentes;

pero si resulta contrario a saberes anteriores, generará una distorsión que lleva a modificarlo o rechazarlo, por no ser funcional para la persona.

Diversos factores influyen en el alejamiento del significado original de la recomendación médica, tales como la influencia que tiene el marido o la suegra en las decisiones sobre el cuidado familiar, el valor que la propia madre y su entorno social asigne a ciertas tareas domésticas –sean o no favorables para la salud del menor– y la disposición económica para cumplir con la recomendación.²¹

Entre los resultados más destacados del estudio está la influencia del concepto de "buena madre" dentro de las acciones y decisiones de ésta, al momento de cuidar de su familia. Según Martín Criado, "los discursos sobre lo sano y lo malsano no son simplemente una cuestión de información; también son categorías morales, que jerarquizan a los sujetos –y especialmente a las madres– en *buenos* y *malos*". La gente no es receptora pasiva de la información: actúa estratégicamente ante ella, modulando, mediando, reinterpretando el discurso médico según sus esquemas, para así ubicarlos en el lugar que no les genere conflicto con su familia. Este tipo de consideraciones deben tomarse en cuenta para hacer más efectiva la interacción médico-paciente y con ello contribuir a las acciones preventivas.²¹

En el 2003 y 2004, Escalante y otros realizaron un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, sobre los factores socioculturales que facilitan u obstaculizan el consumo del complemento alimenticio proporcionado por el Programa Oportunidades para niños de seis a 59 meses de edad de dos comunidades indígenas de Chiapas y dos rurales de Veracruz. A partir de 44 entrevistas semiestructuradas y 25 grupos focales con madres beneficiarias e informantes clave (médicos, enfermeras), los autores señalan que existen "incongruencias culturales y sociales entre las recomendaciones del programa y las prácticas y preferencias de la población objetivo". Las madres tienen alta credibilidad en las recomendaciones médicas, pero las creencias y costumbres alimenticias de la población funcionan como barreras para el consumo del suplemento alimenticio. Estas prácticas sociales arraigadas indican a la población no sólo lo que deben comer, sino cómo lo deben comer, cómo distribuir la comida entre la familia y qué valores están asociados a ello.²²

Si las costumbres de las madres respecto de la alimentación infantil son la principal barrera para seguir las recomendaciones de consumo del suplemento

alimenticio, los programas nutricionales deben incorporar el saber de las madres al conocimiento médico. Para ello, se requiere sensibilizar al personal de salud para que respete las características multiculturales de la población; además de mejorar las condiciones en que se difunden las recomendaciones a la población, organizando las pláticas en grupos pequeños, en espacios adecuados y atenuando las barreras del lenguaje (traductores previamente capacitados para manejar de forma efectiva la información y uso de una terminología menos técnica).²²

Profundizando en la comprensión de los procesos de cuidado de la salud en el hogar, por parte de las madres de familia, González estudio las competencias sociales y culturales que mujeres de una colonia de Xochitepec, Morelos, desarrollan para resolver los problemas de salud de su familia. Con un diseño de investigación-acción, métodos de etnografía en profundidad y un análisis fenomenológico de la vida cotidiana, la investigadora realizó un taller de salud que funciona como grupo focal y donde ella fue la educadora, además de introducirse al espacio doméstico donde se realizaron las estrategias de atención, mediante visitas domiciliarias.

Este estudio es relevante porque delinea los ejes a través de los cuales las personas organizan sus recursos para resolver sus problemas de salud: a) sus condiciones materiales, económicas y geográficas de vida; b) su acceso e incorporación a los bienes sociales e instituciones públicas de bienestar y c) sus competencias sociales y culturales.²³

Las redes sociales cercanas (familia, amigos, vecinos) constituyen un sólido andamiaje entre las mujeres, que permite el intercambio de conocimientos, recursos y medidas para la resolución de los problemas de salud y para la prevención de las enfermedades. Este conjunto de relaciones sociales significativas representa un importante capital social^d para familias que no cuentan con seguridad social.²³

Con relación al análisis de la interacción social y de la comunicación en el taller de salud, el conocimiento está

distribuido diferencialmente según las generaciones de las mujeres, existiendo una capacidad socializadora del mismo: aquellas mujeres con mayores experiencias prestan apoyo y consejo a quienes inician su ciclo reproductivo. Predomina en el grupo una estructura endogámica, con fuertes vínculos horizontales, es decir se trata de lazos entre personas del mismo estrato social, económico o cultural. Las redes sociales y la interacción femenina que se da tanto en el grupo, como en la coresidencia familiar o comunal, fortalecen las representaciones que las mujeres tienen sobre la salud y las medidas de cuidado, así como contribuyen a reproducir las prácticas y apoyan en la solución de los problemas.²³

Respecto de los saberes individuales de las mujeres, el conocimiento es empírico, se transmite oralmente, en una relación cara a cara, es reproducido en su contexto familiar y guarda fuertes referencias a su cultura. Las nuevas generaciones llegan a mostrar resistencia y cuestionan la legitimización de conocimientos y prácticas de las anteriores, producto de estar apropiando el capital cultural existente en la actualidad.

Sólo una parte de las experiencias que estas mujeres han tenido con sus hijos son retenidas en la memoria ("sedimentadas"), convirtiéndose en esquemas probados a los que se puede volver para resolver problemas semejantes. Se trata de algo más que un acervo de conocimientos, constituyen el soporte para la autonomía de criterio que les permite tomar decisiones y actuar ante los problemas.²³

1.2.2 Significados de la interacción con la población, por parte del personal de salud

Pocos estudios han analizado lo que sucede en la relación del personal de salud con la población, desde la perspectiva de los primeros. En el ámbito de la atención a los menores de cinco años, se ha estudiado la perspectiva de las madres de familia, pues se asume que las fallas en el manejo casero del niño enfermo son producto de la diferencia entre el conocimiento médico y las creencias de las madres.

En 1998, Corral-Terrazas y otros realizaron un estudio de antropología cognitiva para identificar creencias y conocimientos que un grupo de médicos de un Hospital Rural del IMSS-Solidaridad poseía sobre el manejo de la alimentación en los casos de diarrea aguda en los menores de cinco años. Los resultados indicaron la necesidad de conocer y comprender creencias y conocimientos de los médicos, ya que de la forma como

^d El capital social ha sido descrito por diversos autores como Bourdieu, Coleman y Putnam, como el conjunto de recursos que un grupo social posee (relaciones informales de confianza y cooperación entre familia, vecinos, amigos; valores, normas y estructuras de organización). Es un factor que favorece la cohesión social y la competencia comunitaria, por lo que ha sido abordado en el marco de la promoción de la salud. Fuente: Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):139-49.

sean transmitidos dependerán las decisiones de la madre acerca del cuidado del menor.²⁴

Las conductas y las prácticas del personal de salud son influidas por las representaciones socioculturales que tienen sobre el problema de salud y la población que atienden; esto es entendible dado que médicos y enfermeras comparten las construcciones sociales de los grupos sociales a los que pertenecen.²⁵ Cuando los médicos asumen que su tarea orientadora ante el paciente consiste en transmitir información, dar orientaciones, indicar, mostrar, enseñar, la práctica está cargada de ideologías, significados y carencias formativas respecto de la interacción con el paciente.²⁶

En el mismo sentido, Duro realizó en Madrid, España, un estudio cualitativo para conocer el discurso que el personal de salud tiene sobre las prácticas grupales que realizan como parte de la educación para la salud. El diseño del estudio se basó en grupos de discusión y entrevistas abiertas con personal de salud de las áreas de atención primaria.²⁷

Se identificó que el personal de salud de atención primaria consideró el trabajo en grupo como "lo que se hace si queda tiempo", una actividad marginal y secundaria frente a la atención individual en la consulta diaria; sin embargo, el mismo personal reconoció que el trabajo de educación para la salud a través de los grupos permitiría disminuir la demanda de consulta, el ahorro de tiempo y la prevención de las enfermedades. En algunos casos, se le consideró un dispositivo "terapéutico" que permite promocionar el autocuidado en la población. Hay disenso en la consideración de la utilidad de estas actividades, realizándolas en muchos casos por obligación, porque forma parte del paquete de servicios de salud.²⁷

La resistencia de los médicos a trabajar con los grupos proviene de un conflicto de valores y representaciones sociales: ellos fueron formados dentro de un modelo hegemónico que concibe la salud-enfermedad como un asunto individual, microsocioal, que se atiende en privado, en una relación de dos: médico-paciente.

El enfoque de promoción de la salud impulsa el trabajo en grupos como un medio para fomentar la participación, la comunicación interpersonal y la solidaridad entre las redes sociales; corresponde a un modelo en que la salud-enfermedad es un asunto social, que requiere de la participación activa de todos, especialmente el paciente y su entorno social. Este nuevo enfoque de

trabajo relativiza el poder del médico ante la atención de los problemas de salud y le demanda una participación activa en el empoderamiento de la población, situación para la cual el sistema de salud no lo ha preparado.²⁷

1.2.3 El trabajo grupal y la comunicación intercultural en salud

Según Alcántara y otros son escasos los estudios que evalúan las intervenciones educativas en el ámbito de la salud, desde la perspectiva de las personas. En el 2004, estos investigadores reportaron cómo experimentan personas con enfermedad crónica su participación en grupos de autoayuda; entre los resultados de este estudio multicéntrico se menciona que las personas enfermas que participan en acciones educativas grupales perciben mayores efectos positivos en su salud y su bienestar general, que quienes sólo acuden a atención individual. Se mencionan como beneficios del grupo: sentimiento de satisfacción por la interacción con otras personas, sentido de identidad con el grupo, generación de proyectos conjuntos, confianza para exponer sus dudas y sentimiento de mayor autoestima.

Pese a lo anterior, se refiere que la estrategia educativa más común de estos grupos es la "plática", en la cual se recibe información y recomendaciones, en algunas ocasiones contrarias a sus costumbres. Los autores puntualizan que el trabajo en grupo es la mejor estrategia para la educación en salud, en tanto integre conocimientos, participación, interacción y discusión de las propias vivencias o de casos especiales.²⁸

De forma similar, en 1997, García, Suárez y Mateo-de-Acosta, reportaron los beneficios que en aprendizajes individuales y cambios en las conductas saludables de pacientes diabéticos tuvo la puesta en marcha en Cuba de un modelo de educación para la salud basado en una estrategia de comunicación participativa e interactiva.

El modelo consistía en grupos de discusión sobre temas de interés para los pacientes y establecía un sentido distinto a la comunicación médico-paciente: se pasaba de la comunicación unidireccional en que se enseña, se informa y se dice lo que se "debe" hacer, a otra en que se privilegiaba el diálogo, la reflexión, la capacidad para decidir, cooperar y construir mensajes de salud propios.

Después de un estudio de casos y controles con esta estrategia, los investigadores concluyeron que el modelo generó mayor cumplimiento del tratamiento, disminución

del uso de insulina e hipoglucemiantes orales, reducción del sobrepeso y disminución de los ingresos hospitalarios. La capacidad de comunicación entre el médico y el paciente determinó el grado de aprovechamiento de los mensajes de salud transmitidos a los pacientes diabéticos.²⁹

Prieto, Moreno-Angarita y Cardozo-Vásquez estudiaron los beneficios de llevar a cabo modelos de comunicación en salud orientados al desarrollo de habilidades personales para la comunicación y la construcción compartida de mensajes sobre salud. Con una metodología que incluía la producción participativa de los objetos de comunicación, la elaboración de mensajes y su transmisión en diversos medios así como la democratización del trabajo en torno al tema de interés, se logró mayor apropiación y recordación de mensajes en salud, además de favorecer la capacidad organizativa de la comunidad, el involucramiento y vínculo de diferentes actores sociales, la construcción de conocimientos y herramientas que pueden transferirse a otros ámbitos de la vida social, asegurándose la sostenibilidad del proyecto y recuperándose la importancia de la comunicación en el ámbito personal, familiar y comunitario.¹³

En los siguientes años, numerosas experiencias de educación para la salud con talleres grupales de carácter participativo se han desarrollado en América Latina.³⁰ Algunos de estos proyectos han combinado el trabajo dialógico de los grupos con estrategias de comunicación masiva;³¹ documentándose los resultados positivos en la adquisición y el sostenimiento de conductas saludables, la mejoría en las relaciones con el personal de salud y el enriquecimiento de las prácticas educativas.

En el 2003, Alarcón y Vidal realizaron un estudio cualitativo para explorar las dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil, desde la perspectiva de las madres de familia que asisten a los centros de salud de la región de la Araucanía, Chile. A partir de entrevistas en profundidad a 94 madres (60% indígenas mapuches) y siguiendo los principios de la Teoría Fundamentada, surgieron tres dimensiones culturales en el proceso de atención infantil: 1) modelos explicativos de enfermedad asociados a factores culturales, político-económicos y ambientales; 2) itinerario terapéutico que combina recursos de los sistemas indígena, popular y biomédico; y 3) falta de competencia cultural del sistema de salud para proporcionar a la población atención acorde a sus características.³²

Al analizar el discurso de las madres, a partir de estas tres dimensiones teóricas, se identificaron categorías analíticas que resultaron relevantes para este proyecto de tesis, especialmente aquellas que se desarrollaron en torno a la dimensión de competencia cultural del sistema de salud:³²

- Barreras de lenguaje entre madres y personal de salud: las madres no comprenden el lenguaje técnico biomédico y el personal de salud no comparte el mismo idioma que la población.
- Falta de reconocimiento de la cultura sanitaria de la familia: las madres perciben que el personal de salud descalifica sus creencias, por lo que tienden a ocultar sus ideas sobre la enfermedad infantil y sobre los medicamentos, llegando a incumplir las recomendaciones del médico.
- Diferentes expectativas de la relación médico-paciente: mientras las madres esperan que en la consulta puedan hablar de la enfermedad, del cuidado del niño y comprender el problema, el médico no tiene tiempo para ello, ni siquiera para examinar al niño con detalle.

Este estudio corrobora los planteamientos de la Antropología Médica acerca de la brecha entre el personal de salud y los pacientes, producto de modelos etiológicos distintos sobre la enfermedad; además, profundiza en el análisis de las barreras lingüísticas y sociales entre aquellos. La población no percibe como culturalmente pertinente la atención médica; perciben la relación con el personal de salud como fría, distante y sin diálogo, lo que representa un importante desafío de tipo comunicacional. Sugieren generar un proceso de comunicación cultural que incluya "escuchar con atención, explicar, reconocer el modelo cultural del paciente, recomendar más que indicar, y negociar explicaciones y tratamientos terapéuticos".³²

Alonso y Kraftchenko realizaron en Cuba un estudio descriptivo sobre la formación que el alumno de medicina recibe en torno a las habilidades para desarrollar la comunicación con el paciente, desde la perspectiva de estudiantes y profesores. El estudio refiere que la comunicación médico-paciente está prevista en planes y programas de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas: los profesores la consideran importante aunque poco la abordan en sus reuniones académicas y los estudiantes no perciben en el modelo de sus maestros

una comunicación afectiva, que favorezca la confianza con sus pacientes, la empatía, el trato amable y el interés por los problemas de la persona que atienden. También refieren desconocer los elementos que caracterizan una comunicación afectiva, pues se les enseña a comunicarse con los pacientes sólo en sentido informativo.³³

Con base en lo anterior, las autoras consideran que la enseñanza de la comunicación se centra en la función informativa, y en menor medida en las funciones afectiva y reguladora.⁹ Pese a que el proceso docente asume la competencia comunicativa como de gran valor, ésta no se ejerce en la práctica, lo que lleva a una inconsistencia entre el deber ser y el hacer respecto de la comunicación.³³

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación del estudio

En 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló la importancia de la comunicación en la ejecución de las políticas y programas de promoción de la salud; dos años después, en la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa estableció que los medios de comunicación son actores claves para esta promoción. Las siguientes conferencias internacionales de promoción de la salud confirmaron el papel que la comunicación tiene en la información y formación de las poblaciones, respecto del cuidado de su salud.³⁴

En México la comunicación en salud ha sido considerada prioritariamente como una herramienta informativa para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, funcionando siempre bajo los esquemas de la comunicación y el mercadeo social. Incluso, sólo recientemente se han suscrito iniciativas de organizarla, planearla y conducirla bajo programas y estrategias nacionales que fortalezcan las acciones que en este sentido se desarrollan en el país.

A principios del actual sexenio, la Secretaría de Salud impulsó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), que tiene entre sus cuatro componentes

e Haley describió en 1966 las tres funciones básicas que cumple la comunicación: función informativa, que consiste en ofrecer y recibir información, actitudes o conductas a quien escucha u observa; función afectiva, que es el intercambio de emociones, afectos y estados de ánimo entre los participantes de la comunicación y función reguladora, según la cual mediante la comunicación se establecen interacciones de poder entre los participantes. Estas interacciones son simétricas (de igualdad) o complementarias (dominio de uno sobre otro).

sustantivos el “desarrollo de capacidad y competencia en salud”, a través del cual se promueve la transmisión de conocimientos hacia la población y se pretende fomentar valores, actitudes y aptitudes hacia el autocuidado, todo esto mediante actividades de educación para la salud y de materiales para la comunicación educativa, como son trípticos, carteles, periódicos, videos y murales.³⁵

Si bien la comunicación y la educación para la salud están presentes en las políticas internacionales y nacionales, su puesta en marcha, evaluación y retroalimentación no son prácticas cotidianas dentro de los servicios de salud; no se ha estudiado el impacto que sobre los patrones de pensamiento de las madres de familia y sobre sus prácticas de cuidado están teniendo los procesos de capacitación en salud, ni la forma como ellas reciben, interpretan, integran o modifican la información que sobre salud y enfermedad de los niños les comunican el personal de salud. En el centro del proceso de capacitación en salud está un proceso comunicativo intercultural –modelo médico/modelo local de la salud y la enfermedad– que requiere ser comprendido, para con ello generar reflexiones y sugerencias que permitan a los servicios de salud ser más eficaces en su orientación, asegurando la perdurabilidad del conocimiento y la práctica de cuidado de la salud.

2.2 Magnitud de la morbilidad y la mortalidad infantiles

México ha avanzado significativamente en la disminución de la mortalidad infantil (uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio), pero un análisis detallado del problema permite identificar que estos avances no son homogéneos en toda la población del país. Para 2005, la tasa de mortalidad infantil nacional se estimó en 18.8 defunciones por 1000 nacidos vivos, sin embargo la variación de este indicador según el Índice de Desarrollo Humano (IDH)^f de los municipios, es significativo: de 15.8 en los 50 municipios con mayor IDH del país, a 32.5 en los municipios con menor IDH.³⁶ El principal reto es disminuir la

f El Índice de Desarrollo Humano es un indicador compuesto que resume los resultados de tres dimensiones básicas para la vida: la salud, la educación y el acceso a recursos básicos que las personas requieren para desarrollar sus capacidades y participar en la vida de la comunidad; se compone de los índices de salud, educación e ingreso. La salud se evalúa mediante la esperanza de vida al nacer; la educación mediante indicadores de alfabetización y matrícula escolar; y el acceso a recursos básicos mediante el ingreso promedio de las personas. Se considera como bajo índice el menor a 0.5000; medio-bajo índice el que va de 0.500 a 0.649; medio-alto índice el que oscila entre 0.650 y 0.799; y alto índice el mayor a 0.800.

mortalidad infantil en las zonas más vulnerables del país, que generalmente se trata de poblaciones indígenas.

Otro reto es lograr mayores avances en la prevención de la mortalidad neonatal; en el 2007, quince de cada 1000 niños nacían muertos. La mortalidad general en niños menores de cinco años también ha descendido, pero los índices de muertes por enfermedades respiratorias (31 de cada 100,000 niños) y diarreicas (20 de cada 100,000 niños) se han mantenido semejantes a los de años anteriores.³⁶

En Veracruz, en el 2003, la tasa de mortalidad infantil fue de 16.7 por cada 1000 nacidos vivos; 56 por ciento ocurrió por afecciones originadas en el periodo perinatal y 24 por ciento, malformaciones congénitas. En el mismo año, la mortalidad preescolar en el Estado fue de 9.3 por cada 1000 habitantes de ese grupo de edad; de las cuales 21 por ciento fueron por infecciones intestinales, 17 por ciento accidentes y 16 por ciento malformaciones congénitas. Estos datos coinciden con los indicadores nacionales, lo que refleja la necesidad de seguir trabajando en la orientación de las poblaciones sobre estas enfermedades, especialmente en aquellos municipios de mayor rezago social, como los indígenas.³⁷

El estado cuenta con 58 municipios considerados indígenas, esto es que entre 40 y 100 por ciento de su población se identifica como hablante de una lengua indígena. Entre ellos, son de particular interés aquellos quince⁹ que en el 2005 fueron considerados por la Secretaría de Desarrollo Social como entre los primeros 100 del país con más bajo IDH. Problemas de salud como la mortalidad materna, la mortalidad infantil o el analfabetismo y la baja escolaridad, se presentan de forma más acentuada en estos municipios de menor desarrollo humano.³⁸

La morbilidad y la mortalidad infantiles, especialmente en zonas indígenas de bajo IDH, no son ajenas al problema de la comunicación intercultural entre el personal de salud y la población; de hecho, es previsible la discordancia entre la información médica transmitida y los patrones de pensamiento y las normas locales, sobre todo si los modelos de comunicación del personal de salud no incluyen estrategias de negociación de

significados y reconocimiento de las prácticas de cuidado tradicionales.

Se focalizó el presente estudio en la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, por ser responsable de la prestación de los servicios de salud en nueve de estos quince municipios. Algunos presentan elevadas tasas de mortalidad infantil. (Ver Tabla 1.)

Tabla 1. Tasa de mortalidad infantil en los municipios con más bajo Índice de Desarrollo Humano de la Jurisdicción Sanitaria VII, 2002.

Municipios	Índice de Desarrollo Humano	Lugar en el IDH nacional	Tasa de mortalidad infantil
Tehuipango	0.4045	3	60.25
Mixtla de Altamirano	0.4184	4	57.95
Astacinga	0.5022	23	50.41
Atlahuilco	0.5147	33	46.20
Soledad Atzompa	0.5354	55	47.54
Los Reyes	0.5407	68	45.69
Tlaquilpa	0.5434	69	39.56
Xoxocotla	0.5523	80	46.58
Tequila	0.5610	99	48.79

Fuente: Base de datos de los 100 municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano, publicado por el Instituto Nacional de Desarrollo Social, en su página electrónica: <http://www.indesol.gob.mx/docs/>

+ La tasa de mortalidad infantil del 2002 en estos municipios fue mayor que la registrada a nivel estatal para ese mismo año (21.8 defunciones por cada 1000 nacidos vivos) y que la nacional (de 18.1 por cada 1000 nacidos vivos).

Se tiene identificado que la mayoría de las muertes infantiles se deben a complicaciones del parto y a enfermedades que son evitables mediante intervenciones médicas de bajo costo durante las etapas prenatales, el parto y el primer año de vida, así como por actividades educativas con los padres y cuidados médicos ambulatorios.

2.3 Pregunta de investigación

A partir del problema descrito anteriormente, se planteó como pregunta central de investigación:

- ¿Qué significados construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas, alrededor de su proceso comunicativo durante las acciones grupales de capacitación en salud?

La pregunta está formulada desde el nivel del discurso social; busca aproximarse a los significados que los

g Esos municipios son: Ilamatlán, Texcatepec, Zontecomatlán de López y Fuentes, Filomeno Mata, Mecatlán, Astacinga, Atlahuilco, Mixtla de Altamirano, Los Reyes, Soledad Atzompa, Tehuipango, Tequila, Tlaquilpa, Xoxocotla y Soteapan.

individuos y los grupos construyen alrededor de sus vivencias; por ello, se decidió abordarla a través de métodos que permitieran recuperar el discurso de las personas y profundizar en la trascendencia que esas experiencias tienen en su vida personal y colectiva.³⁹

De forma complementaria, se plantean otras interrogantes que profundizan en los significados sociales de la comunicación entre personal de salud y población. Estas preguntas enfocan el objeto de estudio desde la perspectiva de las madres de familia y del personal de salud:

Desde las madres de familia:

- ¿Cómo incorporan las madres de familia de poblaciones indígenas la información que reciben sobre la protección de la salud infantil, a sus prácticas de cuidado en el hogar?

Desde el personal de salud:

- ¿Cuáles son las barreras comunicacionales que identifican las mujeres indígenas cuando participan en acciones de capacitación del Centro de Salud de la localidad?
- ¿Cómo incorpora el personal de salud a su práctica comunicativa las variables culturales propias de la población que atiende, tales como idioma, concepción del mundo o patrones de pensamiento?

Desde el grupo:

- ¿Qué tipo de estrategias comunicativas ponen en juego el personal de salud para negociar con las mujeres indígenas conocimientos y significados relacionados con la protección de la salud infantil?
- ¿Cómo se desarrolla el proceso comunicativo entre el personal de salud y las mujeres indígenas durante las acciones de capacitación en salud?
- ¿Qué modelos explicativos sobre la enseñanza y el aprendizaje están representados en la práctica comunicativa de los profesionales de la salud?

Al igual que la pregunta central del estudio, todas las preguntas complementarias se refieren a una realidad social sólo posible de conocer desde la expresión de los implicados, por lo que se abordaron con técnicas de investigación que favorecen el habla de los actores sociales y que permiten la interacción del investigador con ellos.

2.3.1 Respuesta esperada

Según Williams, Unrau y Grinell (citados por Hernández, Fernández y Baptista, 2006), por tener un método de búsqueda inductivo, las "hipótesis" cualitativas sólo se enuncian como proposiciones de carácter emergente, flexible y contextual, que se adaptarán a los datos que se vayan obteniendo, así como a los incidentes que se presenten durante la investigación. En muy pocas ocasiones, estas proposiciones se plantean antes de ingresar al campo en estudio; por el contrario, van surgiendo durante la investigación y se van modificando en tanto más se conoce del objeto de estudio.⁴⁰

Estas proposiciones o "supuestos", como los llama De Souza Minayo, no tienen un carácter comprobatorio; es decir, no se visualizan con el propósito de confrontar con ellos la realidad en estudio, sino como ejes de análisis para acercarse al objeto de estudio. Esta autora afirma que si se formula una pregunta es porque se tiene una *idea* de su posible respuesta, pero ésta queda implícita en lo que hasta el momento se sabe de la realidad social en estudio.⁴¹ En acuerdo con esta autora, las nociones que impulsan esta investigación han quedado plasmadas en el Marco Referencial presentado, así como en los ejes y categorías de análisis que más adelante se señalan, sin llegar a configurarse en hipótesis ni respuestas anticipadas.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general^h

- Comprender los significados que construyen el personal de salud y las madres de familia indígenas, alrededor del proceso comunicativo que se desarrolla durante las acciones grupales de capacitación en salud, con el propósito de plantear recomendaciones al personal de los Servicios de Salud para fortalecer el proceso de educación y comunicación en salud con la población.

^h Para algunos autores, los estudios que responden a una perspectiva y a una metodología cualitativa no consideran objetivos específicos, ya que la naturaleza de su indagación es flexible y dinámica; es decir, sus pasos metodológicos varían en el transcurso de la investigación. Por tanto, se considera que el objetivo general refleja el cuestionamiento esencial de la investigación y, sobre todo, señala el punto de partida de un proceso inductivo, del cual no se sabe hasta dónde llegará. Fuente: Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill; 2006: 524-525.

4. METODOLOGÍA

4.1 Paradigma de investigación

El campo de la comunicación en salud y, más específicamente, el campo de la educación para la salud refieren a un objeto de estudio complejo y holístico, como todo aquel que conlleve ideas, conductas, experiencias y apreciaciones de los individuos. Para desentrañar su complejidad se requieren identificar las múltiples relaciones e interconexiones que se construyen entre los diferentes actores sociales involucrados en el hecho social, así como reconocer los patrones sociales que llevan a los sujetos a significar, simbolizar e interpretar las cosas de determinada manera.

Lo anterior ubica al objeto de estudio de esta investigación dentro del paradigma hermenéuticoⁱ o interpretativo, ya que éste se orienta hacia los fenómenos o los sucesos. Busca mediante el proceso inductivo y el lenguaje verbal recuperar las representaciones sociales que los diferentes actores tienen sobre un hecho, con la finalidad de comprender la trascendencia de estos significados en su vida individual y colectiva.⁴²

Para confirmar que este estudio se configura dentro del paradigma interpretativo, se muestra en la siguiente tabla la respuesta a preguntas básicas que, según Karam y Visoso,^j se deben considerar al abordar un problema de investigación:⁴³

Tabla 2. Preguntas para ubicar el paradigma de una investigación.

Pregunta	Nivel de la pregunta	Respuestas según este estudio
¿Cuál es la naturaleza de la realidad/objeto de estudio y qué podemos conocer de ella?	Nivel ontológico de la pregunta	La pregunta de este estudio busca los significados que el personal de salud y la población atendida construyen en torno a su interacción y comunicación. Se trata de un objeto de estudio subjetivo, social e interpersonal. Se reconoce que cada actor social puede tener una perspectiva distinta del proceso comunicativo.
¿Cuál es la naturaleza de la relación entre el investigador y el objeto de estudio? ¿Cuál es el criterio de verdad del conocimiento?	Nivel epistemológico de la pregunta	El investigador de este estudio asume que el conocimiento sobre el tema de estudio se construye en interacción con el objeto, dado que se trata de un objeto de naturaleza simbólica, surgido de las interacciones y del propio contexto. El investigador se rige por un criterio de verdad que acepta la complejidad de la realidad social: no hay una sola realidad social ni un solo método para acercarse a ella.
¿Cómo puede el investigador conocer su objeto de estudio? ¿Qué métodos se utilizarán para conocerlo?	Nivel metodológico de la pregunta	A través de un método flexible, dinámico y que vaya emergiendo, conforme se avance en el proceso de investigación y, sobre todo, que le permita recuperar la experiencia y las interpretaciones de las personas. Las técnicas son etnográficas y favorecen el discurso de las personas, su participación y su interacción con el investigador.

Fuente: Elaboración propia, siguiendo los cuestionamientos de Karam y Visoso (2006).

4.2 Tipo de estudio

Se trata de un estudio cualitativo de tipo interpretativo por la naturaleza social del objeto de estudio, el nivel comprensivo de la pregunta, la búsqueda de los significados que para las personas tiene la interacción comunicativa, así como el reconocimiento de la influencia que el contexto, la cultura y la pertenencia a un grupo étnico tienen sobre nuestras formas de concebir los hechos sociales. Tal como lo señala Mercado (2007), la investigación cualitativa en el campo de la salud se centra en las experiencias y voces de quienes padecen las enfermedades, de quienes están relacionados con los enfermos o de quienes usan y prestan los servicios de salud.⁴⁴

ⁱ Gadamer ubica la postura hermenéutica en el ámbito de la comunicación "intrahumana": aquel diálogo no sólo de palabras, sino de ideas, posturas, culturas, sentidos. La hermenéutica es la interpretación comprensiva de los sentidos que tiene el texto; esta comprensión significa entender, no coincidir; y entender implica legitimar la experiencia del otro. Fuente: Gadamer HG. Verdad y método I. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1977: 697p. Gadamer HG. El giro hermenéutico. Madrid: Ediciones Cátedra; 1998:238.

^j Estas preguntas son recuperadas de los planteamientos de Guba y Lincoln (2000) y Denzin y Lincoln (2000).

Un estudio interpretativo es aquel que busca explicar el significado que ciertas acciones, fenómenos o cosas tienen para las personas involucradas. La interpretación es un nivel de análisis más profundo que la descripción de los fenómenos o de las experiencias de los sujetos. La diferencia entre estos dos tipos de estudio, según Strauss y Corbin (citados por Mercado, 2007), radica en el momento del análisis de la información; mientras la descripción trabaja los datos sólo organizándolos por temas, la interpretación exige un proceso más complejo en que los datos se agrupan por categorías conceptuales que tienen detrás el sustento de una teoría, además de que en el análisis se buscan las relaciones entre estas categorías y su vinculación con el contexto de los grupos sociales en estudio.⁴⁴

4.3 Diseño del estudio

Se trata de un diseño etnográfico centrado en grupos particulares y experiencias específicas (las madres de familia indígenas y el personal de salud). Utiliza técnicas de carácter etnográfico para estudiar patrones culturales y formas de interacción (Creswell, 1998; Patton, 2002; citados por Hernández, Fernández y Baptista).⁴⁰ El diseño se caracteriza por tres fases o momentos generales,^k mismos que se desglosan en actividades específicas. (Ver Tabla 3.)

- I. Fase previa al estudio:** Periodo de análisis documental para identificar las comunidades que participarán en el estudio.
- II. Fase de estudio de campo:** Periodo de inmersión en las comunidades para la generación de la información.
- III. Fase de análisis de la información:** Periodo para el procesamiento y análisis de la información antes obtenida. Incluye una posible vuelta al campo para la búsqueda de vacíos en la información. Concluye con la integración del reporte final del estudio.

Tabla 3. Descripción de las fases y actividades del diseño metodológico del estudio.

Fases de la investigación	Actividades
Previa al estudio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis documental de las fuentes de información oficiales sobre la morbi-mortalidad infantil, en los municipios indígenas con bajo Índice de Desarrollo Humano de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba. 2. Selección de las comunidades que participaron en el estudio: <ul style="list-style-type: none"> • 2 comunidades con alta morbi-mortalidad infantil • 2 comunidades con baja morbi-mortalidad infantil
Estudio de campo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primera visita a las cuatro comunidades seleccionadas para realizar una observación del contexto comunitario (servicios básicos e institucionales, recursos humanos y materiales) y para establecer el primer contacto con los potenciales participantes y programar fechas para las siguientes actividades. 2. Segundo periodo de visita a las cuatro comunidades seleccionadas para el acercamiento al objeto de estudio, a través de la observación de las acciones de capacitación. Se registró la dinámica del trabajo educativo y los estilos de comunicación entre el grupo. 3. Tercer periodo de visita a las cuatro comunidades seleccionadas, para realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales con las madres participantes en las acciones de capacitación para explorar sus experiencias comunicativas y de aprendizaje durante estas acciones de capacitación. • Entrevistas focalizadas con el personal de salud responsable de las acciones de capacitación a las madres para explorar sus experiencias y significaciones sobre su proceso de comunicación con las madres de familia.

^k El diseño de los estudios cualitativos se caracteriza por ser dinámico, dialéctico y no lineal, esto es, que si bien se plantea un diseño al inicio de la investigación, éste puede ser modificado conforme transcurre la investigación. Sin embargo, se identifican tres momentos en el diseño metodológico: planeación preliminar e inserción al campo; transcurso del estudio; así como procesamiento, análisis y divulgación de los resultados. Fuente: Mercado F, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. Revista Universidad de Guadalajara. Invierno 1999-2000; 17 Dossier.

Análisis de la información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procesamiento y codificación de los datos cualitativos, así como primer análisis de la información (análisis intra-casos e inter-casos). 2. Vuelta al campo para profundizar en la información, llenar vacíos en los datos, confirmar o profundizar categorías de análisis. Significa realizar nuevas observaciones o entrevistas focalizadas, con informantes clave. 3. Integración del análisis final de la información (diagnóstico de morbi-mortalidad infantil y resultados cualitativos sobre los procesos comunicativos durante las acciones de capacitación).
----------------------------	--

Fuente: Elaboración propia.

También se presenta la calendarización de las fases y actividades del estudio. Además, el diseño inicial del estudio considera la definición de los tipos sociales a investigar, las características y el número aproximado de los participantes por cada tipo social, así como el número de eventos de exploración que se desarrollaron. Cabe insistir en que es posible que el número de participantes o de eventos varíen en el transcurso del estudio. En los apartados siguientes se detallan estos elementos del diseño.

4.4 Tipo de muestreo cualitativo

Se acudió a un muestreo intencional, decidido al comienzo del estudio. Durante la primera fase del estudio se determinó como muestra inicial las comunidades participantes por responder a características relacionadas con la problemática. Intencionalmente se contactó al personal de salud y a las madres de familia que participaban en las acciones de capacitación en salud.⁴⁵

El muestreo cualitativo no busca representatividad numérica sino identificar individuos o grupos sociales más relevantes para el objeto de estudio; es decir, aquellos que poseen atributos o que dicen cosas significativas del problema, para profundizar en sus características y experiencias.⁴¹ Mercado llama tipos sociales a estos individuos o grupos sociales que se identifican en el muestreo cualitativo; pueden ser tipos de población (rurales, urbanas, indígenas); tipo de actor social (enfermo, médico, enfermera) y nivel de servicio médico (primer, segundo, tercer nivel).⁴⁶

4.4.1 Tipos sociales relacionados con el objeto de estudio

Se entiende por tipo social la categoría que identifica a un grupo de individuos (ejemplo: "amas de casa", "adolescentes", "migrantes"). Estos individuos son reconocidos como miembros de esta categoría por una serie de atributos en común, de manera que se asume que cualquiera que pertenezca al grupo puede ser representante del mismo. Cada tipo social implica una relación social que el investigador considera relevante o significativa en el marco del objeto de estudio. Además, cada tipo social está representado por informantes (también llamados unidades de análisis) que cumplen los atributos establecidos para cada tipo social.⁴⁷

Los tipos sociales de esta investigación se identifican en dos niveles:

- I. Localidades indígenas con bajo índice de desarrollo humano y alta morbi-mortalidad infantil, donde se investigaron los significados que sobre la interacción comunicativa construyen el personal de salud y las madres de familia.
- II. Actores sociales involucrados en la comunicación: El personal de salud que participa en la capacitación y las madres de familia.

Respecto de las localidades, se trabajó con poblaciones indígenas con bajo Índice de Desarrollo Humano y alta morbi-mortalidad infantil de la región centro del estado de Veracruz, asumiendo como un supuesto que la comunicación entre personal de salud y población en estos lugares posee una riqueza simbólica útil para el estudio, por las barreras lingüísticas y las diferencias culturales evidentes. Se seleccionaron por muestreo intencional tras el análisis de la morbilidad y la mortalidad infantiles en los municipios indígenas de interés; se eligieron dos localidades con alta morbi-mortalidad infantil y dos con baja morbi-mortalidad infantil,¹ convirtiéndose en casos-tipo del fenómeno en estudio.

Los atributos que debieron cumplir estas localidades fueron:

- Pertenecer a un municipio con bajo Índice de Desarrollo Humano, dentro de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba.
- Presencia de un Centro de Salud de SESVER.
- Población indígena participante en las acciones de capacitación del Centro de Salud.
- Alta morbi-mortalidad infantil.
- Relativa accesibilidad a la localidad vía transporte público.

Respecto de los actores sociales, por la naturaleza del problema en estudio, se decidió incluir en la muestra al personal de salud que participaba directamente en las acciones de capacitación grupal de las localidades seleccionadas: médicos, enfermeras, promotores y auxiliares de salud, así como las madres de familia que acudían a las reuniones.

Las características que se atendieron en el momento de incluir a los participantes en cada técnica se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 4. Características de los participantes en las técnicas del estudio.

Entrevista focalizada	Grupo focal
<ul style="list-style-type: none"> • Ser personal de salud de la comunidad seleccionada (médico, enfermera, promotor, odontólogo o auxiliar de salud). • Haberse responsabilizado de las reuniones de capacitación en la localidad, durante el periodo de estudio o en los seis meses previos al mismo. • Disposición a participar en la entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser habitante de las localidades seleccionadas. • Ser responsable del cuidado y la crianza de un menor de cinco años. • Haber participado en las reuniones de capacitación en salud organizadas por el Centro de Salud, durante el periodo de estudio o en los seis meses previos al mismo. • Disposición a participar en la actividad.

Fuente: Elaboración propia.

Con relación al número de participantes, Mertens (citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2007) señala que en las investigaciones cualitativas no se establece "a priori" el número de casos o participantes de la muestra, sólo se prevé un número aproximado, tomando en cuenta:⁴⁰

- Posibilidades operativas y recursos disponibles para recolectar la información.
- Número suficiente de participantes para entender el fenómeno y responder a las preguntas de investigación, hasta llegar a la saturación de la información y de las categorías.
- La propia naturaleza del fenómeno en estudio, es decir qué tan frecuente o accesible es.

¹ Se seleccionaron según las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad neonatal; así como la incidencia de morbilidad por infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y desnutrición. Dos comunidades debieron tener indicadores de morbi-mortalidad altos y dos comunidades indicadores bajos. Se decidió incluir en la muestra este tipo de comunidades para poder hacer un análisis diferenciado de la información, buscar coincidencias y divergencias entre los casos y, con ello, profundizar en la comprensión de las categorías conceptuales en estudio.

En la Tabla 5 se presenta esta información, así como un número preliminar de eventos y participantes en cada caso.

Tabla 5. Detalle de la muestra según técnicas a utilizar.

Muestra			Técnicas a utilizar	Número de eventos
Tipos sociales	Unidades de análisis*	Número de participantes		
Personal de salud responsable de las acciones de capacitación en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos • Enfermeras • Promotores de salud • Auxiliares de salud 	Entre 8 y 10 participantes (de 2 a 3 personas por localidad)	Entrevista focalizada	Entre 8 y 10 entrevistas (de 2 a 3 por localidad)
Madres de familia indígenas con niños menores de cinco años	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres indígenas con hijos menores de cinco años • Adultos responsables de niños menores de cinco años 	Entre 6 y 8 participantes por grupo (de 24 a 32 participantes en total)	Grupo focal	4 grupos focales (1 por localidad)

Fuente: Elaboración propia.

+ Se prevén varias unidades de análisis posibles por cada tipo social, considerando el tipo de personal que realiza acciones de capacitación en salud en las localidades y la variedad de adultos que se hacen responsables del cuidado de los menores y que acuden a las acciones de capacitación del Centro de Salud.

4.5 Ejes de análisis y categorías conceptuales en estudio

4.5.1 Categorías conceptuales previas al estudio de campo

La metodología cualitativa consiste, básicamente, en proceso de organizar, reducir y dar sentido a una gran cantidad de información de tipo discursivo (Patton, 1990, citado por Garay y otros);⁴⁸ para encontrar los sentidos de esa información se utilizan pautas o ejes de análisis, entendidos como amplios constructos teóricos que dan cuenta de las dimensiones, expresiones y relaciones del problema. A partir de estos ejes de análisis se desarrollan, previas al estudio de campo, algunas categorías analíticas que profundizan más en la explicación teórica del fenómeno social.⁴¹

Con base en las preguntas de investigación y en un primer acercamiento a la teoría relacionada con el objeto de estudio, se identificaron los principales ejes y categorías de análisis del estudio, necesarias en el diseño de los instrumentos de obtención de información y en la codificación de los datos.

Eje de análisis: Interacción comunicativa

Categorías:

- Formas de comunicación
- Competencia intercultural
- Negociación de significados
- Barreras de comunicación

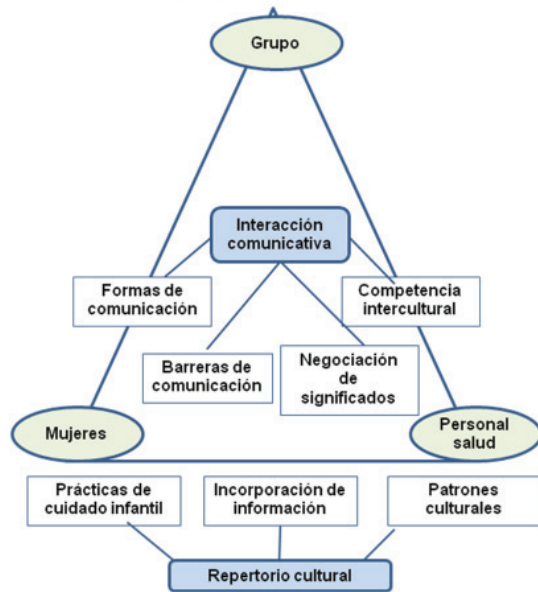
Eje de análisis: Repertorio cultural

Categorías:

- Patrones culturales
- Prácticas de cuidado infantil
- Incorporación de información

Durante el proceso de análisis de la información estas categorías conceptuales se fueron relacionando, ejemplificando y delimitando según lo permitió el discurso de los actores sociales. Como primera aproximación, en la Figura 1 se muestra cómo se visualiza la interconexión de actores sociales, ejes y categorías de análisis en torno al problema.

Figura 1. Ejes y categorías de análisis.



Fuente: Elaboración propia.

En este ejercicio de “leer” la realidad usando ciertos referentes conceptuales, las categorías previamente descritas dieron pie a la identificación de subcategorías empíricas que muestren las formas cómo las personas y los grupos conciben, simbolizan e interpretan el problema en estudio.^m

^m Estas categorías empíricas equivalen a lo que Taylor y Bogdan llamaron subconceptos: temas o ideas generales que surgen de la propia realidad, de la duda del investigador o del vocabulario de los informantes. Los subconceptos se conforman por temas o proposiciones menores, que describen las diferentes dimensiones que toma, en la práctica, ese gran tema de estudio.

4.6 Técnicas e instrumentos para la obtención de la información

4.6.1 Técnicas para la obtención de la información

Se utilizaron técnicas de carácter cualitativo que permiten a los participantes expresar sus experiencias y representaciones respecto del objeto de estudio. Dado que se asumió que el problema sólo se conoce a partir de la expresión de los sujetos y en la interrelación con ellos, técnicas como la entrevista focalizada, el grupo focal y la observación participante fueron las adecuadas por permitir al investigador estar con la gente, escuchar su discurso y hasta semidirigir la búsqueda de los significados, en función del objetivo y las preguntas de la investigación.ⁿ

Como estrategia de aproximación sucesiva al campo, el diseño del estudio consideró iniciar con la observación participante en las reuniones de capacitación de los Centros de Salud; posteriormente, habiendo identificado a las madres de familia con mayor riqueza discursiva se realizaron los grupos focales y, por otro lado, las entrevistas focalizadas con el personal de salud.

a) Observación participante

La observación participante se utilizó como técnica para la triangulación de la información obtenida en las entrevistas y los grupos focales. Se trata de una técnica etnográfica mediante la cual se busca un acercamiento o proximidad a la experiencia de las personas participantes en el hecho social investigado.

Es de vital importancia la elección del espacio de observación, así como el acceso a la situación o las personas de interés, para lo cual se requiere la introducción de un padrino, además de la capacidad del investigador para establecer una relación de confianza que facilite a los participantes comportarse de la forma más natural posible, aun cuando sean conscientes de la presencia del extraño.⁴⁹

Después del acceso al sitio, siguió la etapa de recopilación de datos y registro de la información, tanto de lo observado como de las ideas, preguntas y reflexiones del investigador.

ⁿ Para la realización de estas técnicas y la generación de la información, se contó con el apoyo de personal bilingüe de los servicios de salud, personal capacitado de la comunidad o estudiantes de la sede de Tequila de la Universidad Veracruzana Intercultural (UVI).

Raymond Gold en 1958 (citado por Kawulich, 2005) describió cuatro perspectivas entre las que el investigador asume una al momento de la observación y se desarrollan en un "continuum" que va de la total a la nula participación. En este estudio se asumió un papel de "observador como participante", es decir estando presente en el sitio del grupo, en su actividad, pero sin asumirse como miembro del mismo. En esta postura se participa como una forma de estar más cerca de la situación en estudio, pero se da prioridad a la observación.⁵⁰

En la Figura 2 se muestra una representación de estas posturas ante la observación, señalando en qué medida el grupo conoce el rol de investigador, así como el nivel de participación que éste tiene en la actividad del grupo.

Figura 2. Perspectivas del investigador durante la observación.



Fuente: Elaboración propia, a partir de la ideas de Raymond Gold (citado por Kawulich, 2005).

b) Grupo focal^o

Se trata de una reunión de entre seis y diez personas que forman un grupo, armado ex profeso para el objeto de estudio, aunque en alguna medida provienen de un grupo social. Algunos autores señalan las diferencias entre grupo focal y grupo de discusión partiendo de si los participantes se conocen o no, o si comparten atributos o representan a grupos sociales diferentes; pero lo que fue relevante para este estudio es que a partir de ellos se obtuvieron valores, apreciaciones, esquemas sociales y experiencias del grupo social estudiado.⁵¹

^o Respecto de la técnica, hay variedad de definiciones según los autores y su perspectiva teórica; Jesús Ibáñez describió el grupo de discusión; Krueger describió el grupo focal y Mucchielli la entrevista en grupo.

Álvarez Gayou señala que pese al carácter colectivo del grupo focal, los participantes hablan en grupo pero a título personal; sin embargo, el hecho de estar presente allí y hablando ante los demás permite que el propio discurso –que no deja de ser social– circule y se retroalimente por los otros. Aun conservando el carácter individual de la expresión, al hablar frente a los demás se establece una forma de reflexión colectiva, que favorece que los participantes se reconozcan a sí mismos en la experiencia. El papel del moderador es fundamental para el desarrollo de la actividad, pues facilita la palabra, modera las participaciones, profundiza e introduce temas.⁵ Por ello se presenta el protocolo de la técnica, detallando las preguntas de estudio que se espera responder con ellas, el objetivo que cumplen, el procedimiento que se siguió, así como las fortalezas y debilidades de la técnica.

c) Entrevista focalizada^p

La entrevista focalizada se caracteriza porque:⁵²

- Los entrevistados han sido expuestos a una situación particular; en este caso la experiencia de haber participado o estar participando en las reuniones de capacitación en salud.
- Los investigadores han estudiado esa situación con anticipación, por lo que el guion temático surge de la teoría, aunque sólo para conservar la recuperación del discurso en el marco de los objetivos del estudio.
- Está centrada en las experiencias subjetivas de los participantes; en este caso, los significados sociales que los actores sociales construyen alrededor de su proceso de comunicación y de la información que sobre la salud de los niños allí comparten.

Merton y Kendal (citados por Valles, 1997) señalan que para que la entrevista sea productiva se debe procurar que las respuestas sean espontáneas, no se induzcan o dirijan. Por el contrario, el papel del entrevistador es indagar lo que experimentó la persona (amplitud); animarlo para que al responder no divague o generalice (especificidad); que exprese sus creencias, ideas y ofrezca datos relevantes de sus experiencias y significados emocionales (profundidad y contexto personal).⁵² Las

^p La entrevista focalizada o "focused interview" fue llamada así por Robert Merton en 1946. Se distingue de la entrevista en profundidad porque en la primera el entrevistador se ha preparado ampliamente sobre la temática de la entrevista, mientras en la de profundidad no se conoce lo que el entrevistador expresará. La entrevista focalizada tiene un enfoque semidirigido y entrevista en profundidad es más libre.

entrevistas focalizadas permiten confirmar observaciones previas, además de validar categorías conceptuales elaboradas durante el estudio y los temas emergentes.

4.7 Instrumentos para la obtención de la información

4.7.1 Diseño de instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en las técnicas cualitativas se diseñaron ex profeso; la validez y confiabilidad de estructura y contenido se evaluaron en una prueba o piloteo descrito más adelante. Cabe precisar que se diseñaron tomando en cuenta ejes y categorías de análisis del estudio, además de seguir ejemplos y orientaciones que autores como Francisco Mercado y Roberto Castro presentan en torno al desarrollo de guías temáticas para entrevistas individuales y grupos focales.^{53,54}

a) Guía de observación de acciones de capacitación

Se trata de un formato semiestructurado de dos hojas, con espacios para registrar los datos generales de la actividad, las condiciones del lugar donde se realiza la observación, las condiciones de la actividad, la dinámica comunicacional de la actividad y las notas metodológicas del observador. Estos apartados se definieron a partir de una primera revisión conceptual del objeto de estudio.

b) Guía temática para la entrevista focalizada

Se trata de una guía cuyos ejes temáticos se construyeron a partir de un primer acercamiento conceptual del fenómeno de estudio; consta de dos ejes de análisis y cinco categorías conceptuales sobre las cuales se dialogó con el grupo. Las categorías a indagar fueron:

- Formas de comunicación
- Competencia intercultural
- Barreras de comunicación
- Patrones culturales
- Incorporación de información

c) Guía temática para el grupo focal

Se trata de una guía semiestructurada con dos ejes de análisis y cuatro categorías conceptuales, mismas que se siguen de manera flexible al momento de desarrollar el grupo focal. Los tópicos a indagar son:

- Incorporación de información
- Prácticas de cuidado infantil
- Formas de comunicación
- Barreras de comunicación

4.7.2 Plan de validación de instrumentos

La guía temática de la entrevista focalizada fue probada en una primera ocasión al aplicarse en seis entrevistas con personal médico de Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria V-Xalapa, de noviembre a diciembre del 2008. A partir de este primer ejercicio de validación se hicieron ajustes de forma (se incluyeron más datos de identificación) y de fondo (se reorientaron los tópicos abordados y se reelaboró la forma de "cuestionar" al entrevistado, generando oraciones detonadoras menos directas y más generales).

Del 02 al 06 de marzo del 2009, durante la fase previa al estudio, fueron piloteados estos instrumentos con personas y grupos con características similares a las comunidades y los tipos sociales de interés, dentro del área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba. Durante la prueba piloto se valoró la fluidez en la estructura y el orden de los tópicos, la capacidad de las guías temáticas para generar discurso y el tiempo aproximado en que se desarrollan. También se registraron las dificultades para su utilización, de manera que posteriormente se realizaron los ajustes necesarios.

Tabla 6. Plan para la validación de los instrumentos.

Instrumento	Número de eventos	Participantes	Lugar en que se piloteó (Municipio)	Recursos necesarios
Guía temática para el grupo focal	1	6 madres de familia	Localidad de Mariano Escobedo o Tequila	Grabadora reportera Diario de campo
Guía temática para la entrevista focalizada	1	1 (médico o enfermera)	Localidad de Mariano Escobedo o Tequila	Grabadora reportera Diario de campo

Fuente: Elaboración propia

+ Se seleccionó la localidad, con el apoyo del personal de la Jurisdicción Sanitaria VII-Orizaba.

4.8 Criterios que aseguran el rigor metodológico del estudio

La investigación cualitativa ha construido criterios que evalúan el rigor metodológico con que se realiza y, por tanto, la calidad del dato cualitativo. En la Tabla 7 se describen esos criterios, mismos que fueron atendidos en este estudio, así como los medios para asegurarlos.⁵⁵

Tabla 7. Criterios de rigor de la investigación cualitativa.

Criterio	Significado	Medios para asegurarlo
Credibilidad	Las personas que participaron en el estudio reconocen como reales, auténticos o verdaderos los hallazgos; es decir que reflejan lo que ellos piensan, sienten y opinan.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos de registro y obtención de la información suficientes y de buena calidad. • Utilizar otros métodos de recolección de información (triangulación de fuentes y de técnicas). • Habilidades del investigador: escucha activa y empatía con los informantes. • Realizar transcripciones textuales. • Volver a los informantes para confirmar que las transcripciones reflejan fielmente lo que dijeron o aclarar dudas en ellas. • Tomar notas de campo, registrando todos los incidentes metodológicos. • Discutir con otro colega la participación que el investigador tuvo en el proceso de recolección de datos, para identificar las formas en que pudo influir; también discutir sus interpretaciones de los hallazgos.
Auditabilidad o confirmabilidad	El investigador asegura la neutralidad del análisis de la información y de su interpretación al registrar cómo mantuvo la reflexividad durante el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro metodológico y de análisis detallado, a partir de las notas metodológicas y las de análisis. • Describir las características de los informantes, el proceso de selección, las condiciones del contexto, a fin de que otro investigador interesado en el tema pueda "seguirle la pista" y, al realizar un nuevo estudio con un procedimiento similar, llegue a hallazgos similares.
Transferibilidad o aplicabilidad	Es la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos con atributos similares.	<ul style="list-style-type: none"> • Registrar a detalle y describir en el reporte del estudio las características de los participantes, su proceso de selección, el contexto sociocultural, para que el lector del reporte valore si esos hallazgos se aplican a su contexto, dadas las similitudes.

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información de Castillo y Vázquez (2003).

Además de estos tres criterios propuestos por Guba y Lincoln, en el 2002 Morse y otros (citado por Mercado, Villaseñor y Lizardi, 2000) propusieron que en la investigación cualitativa se atiendan estrategias de verificación como:⁴²

- **Coherencia metodológica:** La congruencia entre la pregunta de investigación y los métodos para obtener información y analizarla.
- **Muestreo apropiado:** Que los participantes representen los atributos de la población o el grupo social en estudio, a fin de asegurar que la información será de calidad y que se logrará la saturación efectiva de las categorías.
- **Recolección y análisis de información concurrentes:** Que ambos procesos sean parte de un mecanismo circular, que permita la interacción entre la información que se va obteniendo y lo que falte por obtener; entre lo que se va conociendo del objeto de estudio y lo que falte por conocer.
- **Saturación de la información:** Que se asegure la búsqueda de información entre los participantes, hasta que ésta sea redundante y ya no aporte mayores matices del fenómeno.

4.9 Plan para el procesamiento y análisis de la información

4.9.1 Método para el procesamiento de la información

El procesamiento de la información cualitativa es la primera etapa del análisis; consiste en una serie de acciones de clasificación, transcripción y depuración que le dan certidumbre al manejo de la información durante el proceso de análisis. Por su importancia en el aseguramiento de la credibilidad y auditabilidad de la investigación, se abordan a detalle. Incluye:

1. **Registro escrito, gráfico o audiovisual** de todos los eventos discursivos (entrevistas, grupos focales, reuniones observadas), bajo la forma de registros de observación, fotografías, grabaciones de audio o de video, diario de campo, notas metodológicas o notas analíticas del investigador.^q

q Las notas metodológicas describen las actividades realizadas por el investigador, como parte del estudio y los cambios que se hacen en el trabajo de campo; en ellas se registran opciones metodológicas, sesgos, dificultades en la recuperación de los datos, en el manejo o en el análisis de la información. Las notas analíticas son las reflexiones del investigador durante todo el proceso del estudio sobre los conceptos, las relaciones entre ellos o las proposiciones que empiezan a surgir del análisis. Fuente: Mercado (2007).

2. **Etiquetado o identificación detallada** de cada evento discursivo, señalando con clave o código las personas involucradas (para conservar su anonimato), fecha y lugar de realización, así como tipo y número de evento.

3. **Transcripción de todos los eventos discursivos** a formato computacional de Word; de ser posible se conservó en archivo de audio o video la grabación original, independiente del archivo de texto, ambos previamente etiquetados. La transcripción de cada evento o técnica desarrollada se realizó de manera inmediata, con la finalidad de asegurar el registro de datos observados o no audiograbados fielmente. También se transcribieron las notas de campo, los registros de observación y las notas metodológicas; además de que las fotografías se imprimieron, de manera que toda la información estuvo disponible y retroalimentó el proceso de generación de más información.

4. **Organización, clasificación y resguardo** de la información transcrita; los archivos electrónicos debieron organizarse por tipo de evento y tipo de actor social, además de por tipo de localidad (aunque todas fueron indígenas con bajo desarrollo humano, dos tuvieron alta morbi-mortalidad y otras dos baja morbi-mortalidad). Esta organización facilitó las primeras lecturas de la información, así como el posterior análisis intercasos.

4.9.2 Modelo para el análisis cualitativo

El modelo de análisis que se siguió en este estudio es el denominado por De Sousa Minayo como hermenéutico-dialéctico; se trata de más que un proceso sistemático o una tecnología de análisis (como lo es el análisis de contenido), un "camino de pensamiento"; es decir, un conjunto coherente de supuestos filosóficos y metodológicos útiles para la comprensión especialmente de los procesos comunicativos entre los seres humanos.⁴¹ Recuperando los planteamientos de Habermas y Gadamer, la autora brasileña señala que el modelo de análisis hermenéutico dialéctico se caracteriza porque:

- El investigador debe tener claro el contexto de la información que analiza.
- Toda información es válida, significa algo y responde a razones; dice algo de los sujetos que la expresaron.
- Sólo se comprende el significado de la información teniendo presentes las razones del sujeto que elaboró la información.
- El investigador debe asumir un doble papel ante el texto: entenderlo y juzgarlo, al tomar una posición ante él.

- Se espera que una adecuada interpretación se comparta por el sujeto que emitió la información.
- El significado de los hechos y las palabras está cargado de una tradición cultural, así como por relaciones sociales de clase, de trabajo y de poder.

Se consideró pertinente este modelo para el estudio, pues reconoce la construcción social de las representaciones, los discursos y las formas de interacción de los grupos e individuos. Pone énfasis en el papel que la interacción entre el investigador y los sujetos tiene en la elaboración del discurso que se analiza. Reconoce el carácter histórico y contextual de los textos, al igual que de las interpretaciones y, especialmente, pugna por la comprensión como entendimiento de las razones que llevan a los actos y a los discursos; todo lo cual guarda lógica con las preguntas de investigación que buscan los significados que la interacción comunicativa tiene para cada tipo social, cómo interactúa el conocimiento médico con las variables culturales de la población (idioma, costumbres, esquemas de pensamiento, roles) o cuáles son los modelos explicativos o patrones de pensamiento del personal de salud respecto de la enseñanza y el aprendizaje, presentes en el proceso comunicativo.

Procedimiento para el análisis cualitativo

A continuación se detallan etapas y pasos del análisis cualitativo realizado en este estudio; cabe señalar que es un procedimiento híbrido, construido por Mercado en la práctica de investigación y a partir de metodologías de análisis hermenéutico, análisis etnográfico y la misma Teoría Fundada.^{41,44, 56}

Fase de codificación de la información:

- 1. Primera inmersión en el material**, primera lectura detallada de las entrevistas y demás eventos discursivos (documentos primarios). Esta lectura fue el primer acercamiento a la riqueza discursiva; se debe hacer teniendo en mente ejes y categorías de análisis.
- 2. Primera codificación**, con base en objetivos y conceptos centrales del estudio. El texto se lee detenidamente para descubrir información relevante que guarda relación con ejes y categorías de análisis; se identifican los segmentos con etiquetas o códigos que aluden a esos conceptos. En este proceso se empezaron a descubrir las categorías empíricas que no se tenían previstas, por corresponder a la riqueza discursiva y subjetiva de los actores y grupos sociales.

Es muy importante trascender la teoría y las categorías previas al momento de codificar; es decir, identificar o crear códigos desde la perspectiva de los actores sociales, más que desde la teoría.

3. Impresión del material codificado, incluidas las preguntas y memorándums del investigador. De forma manual o con la ayuda de un software especializado en el manejo de datos cualitativos, el material codificado se clasifica y agrupa de manera que cuando se emitan reportes y se imprima permita una lectura organizada.

4. Segunda lectura detallada del material impreso, para analizar los casos específicos y profundizar en conceptos determinados. Se trata de una lectura por ejes y categorías, es decir, todo aquello que haya sido identificado bajo cierto código se lee en conjunto. En este paso se ajusta o complementa la codificación, especialmente al identificar categorías empíricas que emergen del discurso; es el momento en que se identifican familias y categorías de códigos. Se requiere tener presente el objetivo y las preguntas del estudio.

Fase de análisis intra e intercaso:

- 1. Análisis vertical o intracaso** para identificar los casos paradigmáticos o más representativos de ciertas situaciones. Se trata de una lectura contextual e integral, pues no debe perderse de vista la relación que guardan entre sí las expresiones de las personas y las categorías conceptuales.
- 2. Análisis transversal o intercasos** para profundizar en los datos sobre un mismo concepto, pero desde la información de todos los participantes. Permite identificar semejanzas, diferencias, vacíos y dudas en la información.
- 3. Selección de citas textuales sobre asuntos específicos** considerando la representatividad de los segmentos, párrafos o casos; se identifican y clasifican aquellos que desarrollen o ejemplifiquen cómo las categorías conceptuales se ajustan a la realidad.

Fase de análisis interpretativo:

- 1. Elaboración de cuadros y esquemas que muestren las categorías conceptuales y empíricas del estudio**, así como las relaciones entre ellas. Estos auxiliares gráficos permitieron elaborar el guión de redacción del análisis final.

2. Descripción de los patrones de regularidad o de excepciones en la información, relacionándolos con las preguntas del estudio. Identificar y describir clases y propiedades en las categorías, relaciones entre clases, identificar tipologías, conceptos que dan unidad o sentido a la realidad. En este momento es importante identificar las categorías más saturadas de sentido, la lógica interna del discurso de los participantes. Se debe buscar hacer un ejercicio hermenéutico (comprensivo) de la información, fiel al fenómeno, a los grupos, pero sin que implique simple repetición de los datos.

3. Construcción, manual o con ayuda de un paquete informático, de una red interpretativa estructurada a partir de ejes y categorías que se configuraron durante el estudio. Esta red debe ayudar a articular los datos empíricos, con la teoría y el propio contexto del sitio o fenómeno estudiado; es el momento de hermenéutica total.

4. Redacción en extenso de los significados y relaciones de toda la información trabajada, siguiendo el guión de redacción y utilizando los referentes conceptuales y empíricos para desarrollar el proceso reflexivo final, la interpretación de la información que los actores sociales produjeron respecto del objeto de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, Partida V, García-García ML, Valdespino JL. Aumento de la sobrepeso en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. *Salud Pública Mex* 2007;49 Supl 1:S110-S125.
2. Gutiérrez G, Guiscafré H, Verver H, Valdés J, Rivas E, Loyo E, Clavery M. Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad de la atención integrada que se otorga en los centros de capacitación. *Gac Méd Méx.* 2001; 137(1):21-9.
3. Rodrigo M. La comunicación intercultural. Barcelona: Anthropos Editorial; 1999. 270 p.
4. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital.* 2002 Otoño; Num 2. (Consultado 30 Ene 2009). Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num2/mora.pdf>
5. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Editorial Paidós Mexicana; 2003, 1º edición, reimpresión 2007.222 pp.
6. Pinto VS. Comunicación y salud. Inmediaciones de la comunicación. Publicación de la Escuela de Comunicación de la Universidad ORT Uruguay. 2001 Dic; 3(3):121-36. (Consultado 21 Dic 2008). Disponible en: <http://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/InmediacionesIII.pdf>
7. Asunción-Lande NC. Comunicación intercultural. En: Fernández Collado, Carlos y Gordon L., Dahnke La condición humana. Ciencia Social. Mc Graw Hill; 1993.
8. Alarcón AM, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile.* 2003 Sep; 131 (9):1061-5. (Consultado 18 Ene 2009). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>
9. Troyano Y, Carrasco JL. Las habilidades de comunicación en la resolución de conflictos grupales. VI Congreso Internacional Virtual de Educación CIVE, 6-26 de Feb de 2006. (Consultado 14 Ene 2009). Disponible en: <http://www.acosomoral.org/pdf/Las%20habilidades%20de%20comunicaci%F3n%20en%20la%20re.pdf>
10. Rodrigo M. Elementos para una comunicación intercultural. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals.* Espacios de interculturalidad. (internet)1997. Núm. 36:11-21. (Consultado 25 Ene 2009). Disponible en: http://www.bantaba.ehu.es/sociedad/files/view/Elementos_para_una_comunicacion_intercultural.pdf?revision%5fid=62839&package%5fid=33823
11. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población, Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C.: OPS, Fundación W.K. Kellogg; 2001. 210 pp.
12. Forero J. El "mix" de las comunicaciones: comunicación total en la promoción de la salud. *Hacia la promoción de la salud.* 2004 Nov; 9(53):53-75.

13. Prieto A, Moreno-Angarita M, Cardozo-Vásquez Y. Modelo de comunicación desde una perspectiva social, orientado a la actividad física. *Rev. Salud Pública*. 2006 Nov; 8 (Suppl.2). (Consultado 13 Sept 2008). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8s2/v8s2a07.pdf>
14. Calvo M. Repensar las estrategias de comunicación en la promoción de la salud. Ponencia presentada en el IX Congreso IBERCOM, Sevilla-Cádiz, España; 2006. (Consultado 10 Oct 2008). Disponible en: <http://www.hapaxmedia.net/ibercom/pdf/CalvoCalvoManuelAngel.pdf>
15. Gumucio A. El iceberg de la comunicación: la experiencia escondida. Ponencia del Congreso Internacional de Promoción y Comunicación en Salud. Medellín, Colombia, 4-6 de Dic. 2002. (Consultado 22 Sept 2008). Disponible en: <http://www.infoamerica.org/articulos/textospropios/gumucio4.htm>
16. Gumucio A. El cuarto mosquetero: la comunicación para el cambio social. (Consultado 10 Oct 2008). Disponible en: <http://www.geocities.com/agumucio/ArtMosqueteros.html>
17. Safar E. La comunicación en el pensamiento de Paulo Freire. *Anuario ININCO/Investigaciones de la Comunicación*. 2001 Jun; 1(13): 151-63. (Consultado 21 Sep 2008). Disponible en: http://www.revele.com.ve/pdf/anuario_ininco/vol1-n13/pag151.pdf
18. Freire P. ¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural. 10ª ed. México: Siglo XXI; 1981; 109 pp.
19. Díaz-Barriga F, Hernández G. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. 2ª edición. México: McGraw-Hill; 2002. 465 pp.
20. Kaplún M. Procesos educativos y canales de comunicación. *Comunicar*. 1998; 11:158-65. (Consultado 31 Ene 2009). Disponible en: http://www.bantaba.ehu.es/sociedad/files/view/procesos_educativos_y_canales_de_comunicacion.pdf?revision_id=62844&package_id=33028
21. Martín E. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: El caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*. 2007 Sep-Oct; 81(5):519-28. (Consultado 16 Dic 2008). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v81n5/colaboracion7.pdf>
22. Escalante-Izeta E, Bonvecchio A, Théodore F, Nava F, Villanueva MA, Rivera-Dommarco JA. Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades. *Salud Pública Mex*. 2008 Jul-Ago; 50(4):316-24.
23. González L. Capital social y transferencia de saberes entre las mujeres del subproletariado urbano. (161-94 p.) En: Mercado FJ, Torres TM, compiladores. *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés Editores; 2000; 1ª edición. 287 pp.
24. Corral-Terrazas M, Martínez H, Flores-Huerta S, Duque MX, Turnbull B, Levario-Carrillo M. Creencias y conocimientos de un grupo de médicos sobre el manejo de la alimentación del niño con diarrea aguda. *Salud Pública Mex*. 2002 Jul-Ago; 44 (4):303-14.
25. Hernández I, Arenas L, Ortega D. Los significados socioculturales de los prestadores de servicio y su influencia en el programa de salud reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México. (171-86 p.). En: González N, Ángeles MI, compiladoras. *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad de La Habana; 2006; 1ª edición. 297 pp.
26. Simões RH, Oliveira A. Atención prenatal y transmisión del VIH: la perspectiva de profesionales de salud en Río de Janeiro (213-53 p.). En: Magalhaes ML, Mercado FJ. *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. 1ª edición. Traducción: Ricardo Rosenbah, Título original: *Pesquisa qualitativa de servicios de saúde*. 448 pp.
27. Duro JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública*. 2002 Sep-Oct; 76 (5): 545-59. (Consultado 25 Ene 2009). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17076515.pdf>

28. Alcántara E, Tejeda LM, Mercado F, Lara N, Flores A. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investigación en salud*. 2004 Dic; VI(3):146-53. (Consultado 31 Ene 2009). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14260302>
29. García R, Suárez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Rev Panam Salud Pública*. 1997; 2(1):32-6.
30. Rivera M, Campos M, Campos S, Lange I, Urrutia M, Castellano A. Promover la salud mental con mujeres chilenas en desventaja social. *Texto y contexto enferm*. 2004; 13(4):599-607. (Consultado 24 Sep 2008). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-0707&nrm=iso
31. Pulerwitz J, Barker G, Promundo. Promoviendo Normas e Comportamientos Equitativos de Genero entre Homens Jovens como Estrategia de Prevencao do HIV/AIDS. USAID, Population Council, Horizons, ProMundo; 2004. (Consultado 02 Oct 2008). Disponible en: <http://www.promundo.org.br/Pesquisa/Impacto/Horizons2.pdf>
32. Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública Mex*. 2005 Nov-Dic; 47(6):440-6.
33. Alonso M, Kraftchenko O. La comunicación médico paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2003; 17(1):38-45. (Consultado 17 Ene 2009). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems04103.pdf
34. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud en las Américas. Revisión del progreso desde la Declaración Ministerial de México. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2006.
35. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. México: Secretaría de Salud.
36. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012 Prevención de la mortalidad infantil. México: Secretaría de Salud, 2007.
37. Secretaria de Salud. Programa Sectorial de Salud 2005-2010. México: SSA, DIF, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN.
38. Comisión Nacional de los Pueblos Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano de los pueblos indígenas de México 2006. [Internet]. Versión electrónica base 2000. México: CDI-PNUD México; 2006. 294 p. (Consultado 2008 Oct 29). Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/idh/informe_desarrollo_humano_pueblos_indigenas_mexico_2006.pdf
39. Gil Nebot MA, Estrada C, Pires ML, Aguirre R. La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2002 sept-oct; 76 (5):451-9.
40. Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2006; cuarta edición, 850 pp.
41. De Sousa Minayo MC. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004; 227 pp.
42. Mercado FJ, Villaseñor M, Lizardi A. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. *Revista Universidad de Guadalajara invierno 1999-2000*; 17 Dossier. (Consultado en 2008 Dic 03) : (14 páginas en pantalla). Disponible en: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>
43. Karam MA, Visoso A. Métodos cualitativos vs. Métodos cuantitativos: dos enfoques que requieren integración. Pp. 31-56. En: González N, Ángeles M, compiladores. Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba. México: Universidad Autónoma del Estado de México. 2006.
44. Mercado FJ. Reflexiones sobre el análisis cualitativo de los datos. El caso de los servicios de salud. Pp. 109-35. En: Magalhaes ML, Mercado FJ, compiladores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

45. Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Santa Fe de Bogotá: Editorial Norma; 1997. 420 pp.
46. Mercado FJ, Alcántara E, Lara N, Sánchez A, Tejada LM. La atención médica a la enfermedad crónica: reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. Rev Esp Salud Pública. 2002 Sep-Oct; 76(5):461-71.
47. Hernández E, Saldaña SA. Guía básica para desarrollo de investigaciones: guía práctica para su realización desde una perspectiva cualitativa. En prensa; 2007.
48. Garay A, Iñiguez L, Martínez M, Muñoz J, Pallarès S, Vázquez F. Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña. Rev Esp Salud Pública 2002 sept-oct; 76 (5):437-50.
49. Serrano R. La observación participante como escenario y configuración e la diversidad de significados. P 97-131. En: Tarrés ML, coordinadora. Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: FLACSO México, El Colegio de México; 2001. 409 pp.
50. Kawulich B. La observación participante como método de recolección de datos. Forum Qualitative Social Research. [Revista en línea] 2005 mayo. 6(2), artículo 43, 23 páginas pdf. (Consultado 16 Oct 2008). Disponible en: <http://espanol.geocities.com/uaexam/05-2-43-s.pdf>
51. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev. Esp. Salud Pública. 2002. Sep-Oct, 76 (5):409-22. (Consultado 16 Oct 2008). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora3.pdf>
52. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociológica; 1997. 432 pp.
53. Mercado FJ, Alcántara EC, Tejada LM, Lara N, Sánchez A. La atención médica a los enfermos crónicos en México ¿Qué tan diferente es la perspectiva de los médicos, las enfermeras y los sujetos enfermos? (274-303). En: Magalhaes ML, Mercado FJ, organizadores. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. 448 pp.
54. Castro R. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca: UNAM; 2000. 539 pp.
55. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med 2003 34 (3):164-7. (Consultado 06 Dic 2008). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No3/rigor.pdf>
56. Mercado FJ. El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. Mercado FJ, Torres TM, compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés Editores; 2000. 287 pp.

VIOLENCIA EN RELACIONES DE PAREJA: ESTUDIO EN BACHILLERATOS DE LA CIUDAD DE XALAPA

Silvia del Pilar López Hernández, Benno de Keijzer Fokker, Luis Ayala Monroy

1. CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y EMPÍRICA. EL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Fundamentos Teóricos

En este trabajo se investiga, desde la voz de los involucrados, la dinámica de las relaciones de pareja en adolescentes y, desde este acercamiento, saber si se presentan prácticas y actitudes violentas. Para explorar estos procesos se parte de la Teoría de Género y de las Representaciones Sociales, con énfasis en procesos comunicacionales.

La Teoría de Género brinda el marco para comprender las relaciones que establecen mujeres y hombres. Responde a la pregunta: ¿Por qué se vive violencia o control en las relaciones de pareja?

La Teoría de las Representaciones Sociales enmarca la construcción de estereotipos e imaginarios sociales sobre las relaciones de pareja, a partir de ello se comprende la manera en que se validan ciertas formas de relaciones (incluyendo procesos comunicativos, emocionales y prácticas) que llevan a vivir violencia e inequidades de género.

La importancia de la comunicación humana radica en que ésta es básica en las relaciones; la construcción del mundo social es posible por la comunicación como función continua y esencial. La comunicación es importante en el sentido en que transmite representaciones sociales o estereotipos. Se quiere identificar cómo se constituyen las relaciones de pareja a través de esta comunicación, que pueden llevar a producir problemas de salud como violencia de género o, por el contrario, establecer relaciones tendientes hacia la equidad y el respeto.

En un inicio se pensó en hacer el estudio sólo con mujeres adolescentes, y pero decidió hacerlo relacional (en el

que participan mujeres y hombres) porque enriquece el análisis e involucra en estudio a quienes participan en el proceso de violencia de género, así como conocer la manera en que se involucra cada género y reconocer estrategias específicas.

1.1.1 Teoría de Género

El género como categoría de análisis se emplea en diferentes ámbitos de la vida social, cultural y de participación de mujeres y hombres, como la escuela, el trabajo, la economía y la toma de decisiones públicas. También se ha empleado para estudiar las relaciones mujeres-hombres en ámbitos privados; es decir, en el interior de las familias, en las relaciones más cercanas e íntimas que se establecen entre las personas (específicamente en la pareja). Además da otro sentido y enriquece los análisis en que se usan otras categorías sociales (la clase y la etnia).

En el contexto histórico, es relativamente reciente la inclusión del género como categoría de análisis. En la década de 1940, Simone de Beauvoir, refiriéndose a la construcción social de la feminidad, dijo “una [mujer] no nace, sino que se hace mujer”.¹

Esta categoría permite ver elementos de las relaciones entre hombres y mujeres que de otra forma no son tomadas en cuenta, por ejemplo las distribuciones del trabajo doméstico y de los recursos (económicos, saberes), diferenciadas para uno y otro género. Con la categoría de género, parafraseando a Marta Lamas, es posible visibilizar^a la verdadera diferencia entre las características biológicas de los cuerpos sexuados (de mujeres y de hombres) y los elementos construidos socialmente (en esos mismos seres con cuerpos sexuados).

^a En este estudio, se entiende por “visibilizar” hacer visible o evidente artificialmente lo que no puede verse a simple vista.

Como menciona Isabel Martínez y Amparo Bonilla,² la construcción social se refiere a las convenciones aceptadas por un grupo o comunidad y que hacen referencia a la forma en que socialmente deben expresarse las necesidades biológicas (como la sexualidad). Enmarcando esta noción en la Teoría de Género, se reconoce la existencia de una ordenación jerárquica de los géneros (lo femenino y lo masculino). En dicha jerarquía *lo masculino*, sea trabajo, palabras, conductas, pensamientos, opiniones, tiene mayor valor que *lo femenino*. Y esa representación se transmite de generación en generación.

Janet Saltzman menciona que esta comunicación se difunde ampliamente en los medios de comunicación y las personas adultas (como educadores) "exponen a niñas y niños a ejemplos de modelos cuyos comportamientos están diferenciados en función del sexo... incluso los educadores adultos (padres, maestros, vecinos) reaccionan definiendo y respondiendo al comportamiento en función del sexo de los niños".³

Gayle Rubin refiere que "la representación de la mujer (como doméstica, esposa, mercancía, prostituta, débil...) se manifiesta en el contexto de las relaciones sociales, estas representaciones se expresan en un contexto cultural";⁴ es decir, desde el enfoque de las representaciones, los roles de género tienen sentido porque se enmarcan en una cultura al construirse mediante ésta.

La cultura hace referencia a la noción del conocimiento que

*incluye cuestiones abstractas (ideas, normas, valores, estrategias, representaciones y repertorios conductuales), y cuestiones materiales (artefactos, objetos, construcciones)... denota un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales los hombres [y las mujeres] comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes hacia la vida... la cultura es algo que estructura la subjetividad.*⁵

Es decir, el *deber ser* mujer y el *deber ser* hombre (lo masculino-lo femenino) adquieren significado en un contexto social e histórico y los roles de uno u otro

género se traducen en estereotipos.⁶ Estas creencias-estereotipos marcan actitudes y acciones acerca de la interrelación entre los géneros de las personas.

La acción de estereotipar constituye un proceso de percepción, significación y representación de las otras personas y de la realidad que funciona de manera bastante rígida. Este proceso está orientado y cumple la función de mantener los valores sociales dominantes, que emerge de la existencia de determinadas relaciones de poder y desigualdades sociales y que las mantiene.

A propósito del amor, Marcela Lagarde dice que para las mujeres el sentimiento amoroso se caracteriza

*por la dádiva de cuidados y atenciones para satisfacer las necesidades del otro (desde la subordinación), así la mujer es la tierra y el territorio [del otro]... la dádiva incluye objetos, atenciones, recursos materiales, simbólicos y ella misma como persona, esto se expresa en frases como poséeme, soy tuya, haz de mí lo que quieras.*⁷

A diferencia de los hombres para quienes es más importante "el deseo de trascendencia, la construcción del mundo [por lo que] en el amor los varones no se encuentran dispuestos a la entrega amorosa, están dispuestos a poseer, a apropiarse de una o más mujeres".⁷ Mujeres y hombres tienen diferentes significados del amor, porque así lo *dicta* la sociedad y se enfrentan a vivir experiencias a través de estos modelos.

La violencia de género se refiere a los actos de control y de daño que un hombre realiza sobre una mujer. Diversos documentos sobre violencia de género retoman la definición de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, como

*cualquier acto o conducta basado en el género que resulta o tiene la posibilidad de resultar, en sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico a las mujeres. Esto incluye amenazas de llevar a cabo dichos actos, y toda forma de coerción o privación arbitraria de libertad en ambas esferas pública y privada.*⁸

El mismo documento categoriza la violencia en física, sexual y psicológica. La violencia física es la más visible,

^b Los estereotipos son el conjunto de creencias sociales asociadas a una categoría grupal, las cuales provocan y justifican los prejuicios.

al tener contacto físico con el cuerpo, un arma u otro objeto. La violencia psicológica se refiere a infligir daño a la estabilidad psico-emocional de una persona,^c lo que resulta en detrimento de su autoestima, depresión e incluso el suicidio. La violencia sexual son los actos que llevan a tener el control sobre la decisión y expresión de la sexualidad de otra persona.

Otra forma de violencia, considerada en la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, es la económica que se refiere al control sobre los recursos económicos (sean propios o no) de tal forma que afecta la supervivencia de la persona.⁹

En éstos y en otros documentos se refiere a la mujer como *víctima* y al *agresor* como "la persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres",⁹ lo cual da elementos para representar a la mujer como una persona *pasiva-sumisa* y al *agresor* (en masculino) como a un hombre que activamente violenta. Pero en la construcción sociocultural de la violencia son ambos (mujeres y hombres) quienes participan para que las relaciones se representen de una u otra forma.

Si se reconoce la existencia de violencia de género en las relaciones entre mujeres y hombres, hay que mirar hacia el otro lado, donde también hay mujeres y hombres participando en la construcción de relaciones no violentas y equitativas en pareja. La violencia no es natural, es inducida y por tanto modificable hacia parámetros más saludables y beneficiosos en los niveles personal y social. Si se considerara la violencia como *natural*, con un sustento eminentemente biológico, muy poco habría que hacer desde una perspectiva social, en que las construcciones colectivas tienen mayor peso. El apartado empírico da cuenta del peso que tienen tales construcciones en la generación de relaciones desiguales y violentas.

Se busca visibilizar cómo mujeres y hombres tienen un poder diferenciado y a partir de ello proponer cambios en la configuración sociocultural, con el propósito de que ambos géneros tengan un ejercicio de la libertad en un entorno social propicio, es decir donde exista equidad

de género.^{d10} Y como expresa María Díaz-Aguado la etapa de la juventud es de especial relevancia para la reproducción o erradicación del sexismo y la violencia.¹¹

1.1.2 Teoría de las Representaciones Sociales

La Teoría de las Representaciones Sociales inicialmente propuesta y desarrollada por Serge Moscovici, surge de la Psicología Social. En esta teoría, representar significa "*sustituir a, estar en lugar de... hacer presente en la mente, en la conciencia... es la reproducción mental de otra cosa, persona, objeto, acontecimiento material o psíquico, idea, etc.*"¹²

Éstas (las representaciones) son imágenes mentales que adquieren significado en el contexto social en que se desenvuelven las personas (implican procesos psicológicos y sociales). Las mismas "se reconstituyen a partir de nuestras experiencias... de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social".¹² Es decir, las representaciones no son estáticas, se reconfiguran y resignifican por la influencia de las relaciones y las comunicaciones entre personas, grupos y medios de comunicación en los contextos social y cultural.

Los intercambios comunicativos se establecen entre individuos de un mismo grupo social (por ejemplo de clase, territorio, edad, género) y entre individuos de grupos diferentes (como los hombres y las mujeres). A partir de estos intercambios comunicacionales se da la transmisión y transformación activa de mensajes y se regulan las relaciones entre mentalidades, individuos y grupos, dándoles el sentido a sus conductas, por lo que para esta teoría son importantes el transcurso cultural e histórico en la construcción de la ideología, sobre lo que se conoce y sobre los modelos que se tienen sobre algo (como las relaciones de pareja). En palabras de Jorge Peña y Osmar Gonzáles, las representaciones sociales

*condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que permiten interpretar lo que nos sucede, incluso, dar sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con los que tenemos algo que ver.*¹³

c Negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas

d El Instituto Nacional de las Mujeres refiere que la equidad de género supone cambios profundos en la sociedad, la cultura y el poder para eliminar la discriminación y la opresión en razón del sexo.

La representación social (imaginario social) surge de un proceso integrado por dos subprocesos, que Moscovici define como objetivación y anclaje. La objetivación es el componente social del proceso de representación, es la "operación formadora de imagen y estructurante... es reabsorber un exceso de significados materializándolos".¹² Sus fases son:

Construcción selectiva: Las informaciones que circulan son objeto de una selección en función de criterios culturales y, sobre todo, en función de criterios formativos (tan sólo se retiene aquello que concuerda con el sistema de valores y se separan las informaciones que son prohibidas o no tienen sentido social, que en público se dominan).

Esquematación estructurante: Una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual. Las nociones clave constituyen un conjunto gráfico y coherente que permite comprender los elementos clave y se reconstruyen de manera esquemática.

Naturalización: El modelo figurativo permitirá concretar, al coordinar las nociones, cada uno de los elementos que se transforman en seres de naturaleza, imprimiéndoles características propias y de relación entre éstas.

Anclaje^e es el "enraizamiento social de la representación y de su objeto", es decir que la objetivación (imagen) de algo "se valida en un grupo [y] la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos". Éste implica "la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema tanto de una parte como de otra... la inserción orgánica (de un conocimiento) dentro de un pensamiento constituido".¹²

Las representaciones sociales que sobre cada género se tienen, dice Aurelia Martín, no se encuentran en la información genética, no son parte esencial de la especie humana y como construcción social cambian de una cultura a otra. La misma autora refiere que el idioma "no es neutro respecto al género... y tiene impacto en los individuos".¹⁴

e El proceso de anclaje tiene una relación dialéctica con la objetivación. Articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y de las relaciones sociales.

María Luisa Páramo amplía la afirmación previa, "los estereotipos y prejuicios se hacen patentes en los distintos usos de la lengua, sobre todo en los espontáneos",¹⁵ en el *lenguaje cotidiano*, en que se reflejan las representaciones-imaginarios sociales. A través de los mensajes que se transmiten en las diferentes formas de comunicación, se establecen las condiciones y normas de género que se reproducen hacia dentro y entre grupos sociales.

1.1.3 Comunicación en la pareja

La comunicación entre personas, grupos y a través de medios de comunicación es importante para este estudio, pues transmite y construye las representaciones sociales (incluyendo aquellas relacionadas con uno u otro género y las relaciones que se establecen entre éstos).

Para Moscovici la comunicación es "el elemento más decisivo en las relaciones", pues "los fenómenos de comunicación social designan los intercambios de mensajes lingüísticos y no lingüísticos (imágenes, gestos, etc.) entre individuos y grupos".¹⁶ Por ello, el estudio de la comunicación es indispensable para la supervivencia de los seres humanos y "conocer los fenómenos y elementos involucrados en la comunicación humana significa conocer relaciones".¹⁶

Tomás Ibáñez refiere que en la vida cotidiana la comunicación interpersonal se "constituye como una dimensión más del marco ambiental".¹⁷ Así los lenguajes verbal, no verbal y para verbal se configuran como parte de la cultura. En el caso de las representaciones de género, los diferentes discursos y procesos que se construyen son transmitidos por medio de la comunicación.^f A partir de estos referentes (de parcialidad en el lenguaje y en el trato a mujeres y hombres) se definen estereotipos en las formas de relacionarse y comunicarse en pareja.

David Barrios define como pareja a "dos personas que mantienen una relación afectiva y comparten un proyecto de vida común".¹⁸ Irma Ochoa se refiere a la pareja como "la unión de dos personas que conviven y cohabitan, en una relación de apoyo y crecimiento mutuo entre quienes puede mediar un contrato civil, o no".¹⁹ Gabriela Rodríguez y Benno de Keijzer hacen referencia al noviazgo como "una relación social explícitamente acordada entre dos personas para

f Tanto en los planos interpersonal como en los medios de comunicación.

acompañarse en las actividades recreativas y sociales, y en la cual se expresan sentimientos amorosos y emocionales a través de la palabra y los contactos corporales".²⁰ En estas definiciones coinciden la relación afectiva, los sentimientos amorosos, la convivencia, así como el compartir actividades y proyectos; pero falta explicitar la intimidad y el compromiso, además de la referencia a los contactos físico-sexuales.

Sharon S. Brehm revisa estudios relacionados con la comunicación en la pareja y encontró que las parejas que durante el noviazgo comparten modelos de comunicación poco productivos, tienen alta probabilidad de enfrentar dificultades graves en el matrimonio. La falta de comunicación adecuada en parejas casadas o convivientes causa depresión en las mujeres.

El *juego paralelo* es característico de parejas casadas que reportan infelicidad. Éste se caracteriza porque en situaciones en que se discuten problemas que llevan al desacuerdo entre ambas partes no se reconoce la validez e importancia de los argumentos de la otra parte; al contrario cada queja por parte de uno de los integrantes desencadena otra queja del otro miembro.²¹

La autorrevelación consiste en que una persona descubre aspectos de sí misma a otra; en la pareja este intercambio interpersonal avanza poco a poco a partir de capas superficiales (no íntimas) hacia las más íntimas y profundas de la personalidad. La reciprocidad de autorrevelación va avanzando de niveles mayores de correspondencia (si alguien cuenta un hecho sumamente íntimo, se le paga contándole un hecho muy íntimo) en parejas que tienen menos tiempo de haberse conformado, a niveles menores de reciprocidad en parejas con mayor tiempo y cercanía.

Al respecto de las interacciones no verbales, en las parejas que reportan estar satisfechas en su relación ambos miembros envían mensajes claros, cometen pocos errores al descifrar esta forma de comunicación y las respuestas son acertadas. Se menciona la posibilidad de que en este ámbito de comunicación las mujeres tienen habilidades suficientes que les permiten tener éxito, incluso en circunstancias difíciles.¹⁹ La socialización de las mujeres (incluida la comunicación) les desarrollan habilidades de escucha de los otros, a diferencia de los hombres a quienes no se les pide el desarrollo de esta habilidad.

Por último, se dice que "un marido sensible hace una mujer satisfecha", afirmación que desde la perspectiva de género parece contradictoria si se toma en cuenta

que a los hombres se les enseña a ser rudos, fuertes, alejándose de las imágenes y de prácticas consideradas femeninas, como *la sensibilidad*.

De acuerdo con esto las habilidades de comunicación son importantes en la relación de pareja. Al respecto Daniela Leytón y Margareth Hurtado, en su estudio sobre actitudes ante situaciones de violencia en la pareja, refieren tres tipos de conducta: asertiva, pasiva y agresiva.

Una persona es asertiva cuando expresa sus sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones de forma directa; no amenaza o castiga a la persona con quien está interactuando; además reconoce sus responsabilidades. Esto no implica la ausencia de conflicto entre las personas.²²

Una persona pasiva tiene falta de confianza en sí misma y no es capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones; cuando los expresa lo hace de manera autoderrotista, lo cual le lleva a transgredir sus propios derechos.²²

La persona agresiva expresa sus pensamientos, sentimientos y opiniones de manera impositiva y transgrede los derechos de las otras personas.²²

1.2 Marco Jurídico

En este apartado se encuentran los documentos internacionales, nacionales y estatales que le dan sustento legal al estudio.

1.2.1 Internacionales

Dos son los documentos internacionales que sirven como marco jurídico de este trabajo.

- La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.²³
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, suscrita en el XXIV Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, Belém Do Pará, Brasil, del 6 al 10 de junio de 1994.²⁴

1.2.2 Nacionales

En el ámbito nacional el marco jurídico que establece la equidad entre hombres y mujeres y atiende el fenómeno de la violencia en las relaciones de pareja, anteriormente considerado privado, se encuentran los siguientes documentos:

- Artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se establece que “el varón y la mujer son iguales ante la ley, toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar”.²⁵
- La Ley General de la Salud establece “el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, así como el artículo 2o en que se habla del derecho a la protección de la salud”.²⁶
- Programa Nacional de Salud 2007-2012.²⁷ La estrategia 2 del programa se refiere a “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades”, correspondiente a la línea de acción 2.15 sobre reducir la prevalencia de daños a la salud causados por la violencia. También se encuentra impulsar una campaña de comunicación y prevención de la violencia familiar en coordinación con autoridades e instituciones de los sectores educativo, de seguridad pública y de procuración de justicia.
- El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) tiene como propósito desarrollar acciones integrales para promover la salud de los adolescentes haciendo énfasis en: i) diversos factores protectores y de riesgo; ii) los derechos de los adolescentes; iii) el género y iv) la promoción de la salud.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 2007.²⁸

Así mismo, se tiene prevista la ejecución coordinada de acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como la operación en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de servicios de atención médica y psicológica integral e interdisciplinaria y con perspectiva de género para las víctimas, apoyados en modelos institucionales desarrollados ex profeso.

1.2.3 Estatales

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. La referencia al capítulo II, de los Derechos Humanos, en su artículo 4o señala que “El hombre y la mujer son sujetos de iguales derechos y obligaciones ante la ley”,²⁹ dando pie a que las diferencias que existen en el nivel biológico no deben ser motivo de discriminación o violencia para cualquiera de los géneros.
- Ley de Salud del Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave. En su artículo 2o señala el derecho a la protección de la salud e incluye el bienestar físico y mental de las personas, que lleve al mejoramiento de la calidad de vida y el desarrollo social, porque es indispensable que desde el sector salud se realicen acciones necesarias para atender esta legislación.
- Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, el cual tiene por objeto

*definir y establecer los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres y las niñas, para que los gobiernos del estado y municipal realicen las acciones encaminadas a su prevención, atención, sanción y erradicación; atentos a los principios de coordinación y concurrencia gubernamental.*³⁰

El capítulo II de esta Ley se refiere al Programa para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, y establece que “el Sistema⁹ elaborará y el Ejecutivo estatal expedirá el Programa; será coordinado por la Secretaría de Gobierno y contendrá las acciones con perspectiva de género. Entre estas acciones se encuentran garantizar investigaciones y diagnósticos sobre las causas, la frecuencia y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, con el propósito de desarrollar programas

⁹ Se refiere al Sistema Estatal para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y las Niñas.

y acciones de educación formal y no formal que reconozcan, promuevan y respeten los derechos humanos de las mujeres en todas las etapas de la vida; con miras a transformar los modelos socioculturales que crean imágenes estereotipadas de mujeres y hombres, las cuales permiten, fomentan y toleran la violencia de género, de tal forma que se contribuya a prevenir, atender y erradicar este problema de salud pública".³⁰

1.3 Marco Empírico

La búsqueda de evidencias empíricas se realizó en la Biblioteca Virtual de Salud Regional, que engloba las bases de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, Literatura Internacional en Ciencias de la Salud, Biblioteca Cochrane y la Scientific Electronic Library Online.

Se encontró que existen pocos estudios sobre violencia en las relaciones de pareja en el noviazgo, las que aquí se mencionan son sobre sexualidad y tocan el tema de las relaciones adolescentes. A partir de ello, las referencias corresponden a estudios sobre representaciones sociales con perspectiva de género, aspectos relacionados con la sexualidad, así como violencia de género en adolescentes y jóvenes en el contexto de México, América Latina (Colombia, Argentina, Perú y Brasil) y España.

En México hay dos estudios; el más reciente, de Rosa Sánchez y María de Jesús Solís, 2006-2008, investiga la percepción y vivencias que sobre la sexualidad tienen jóvenes universitarios; y el otro, de Martha Villaseñor-Farías y Jorge Castañeda-Torres, analiza los significados que tienen para adolescentes la masculinidad, la sexualidad, el poder y la violencia.

El estudio cuantitativo y cualitativo de Rosa Sánchez y María de Jesús Solís con estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán (campus de la Universidad Nacional Autónoma de México) abordó la perspectiva de género como un eje teórico y metodológico que visibiliza cómo las diferencias biológicas (de sexo) se traducen en desigualdades sociales, el propósito fue conocer

*la percepción y vivencia de la sexualidad en estudiantes universitarios, tendiendo como líneas de reflexión: concepción acerca de la sexualidad, percepción y vivencia en torno a la violencia en el noviazgo, información y cuidado respecto a la salud sexual y reproductiva, visión frente a la homosexualidad e interrupción voluntaria del embarazo.*³¹

Se optó por un abordaje bimétodo para complementar datos que la encuesta por sí misma no ahonda. Los temas que se exploran son identidades estudiantiles, sexualidad, salud sexual y reproductiva, género y violencia en el noviazgo.

En el tema de violencia en el noviazgo se encontró que "uno de cada cuatro estudiantes señala haber sido violentado/a alguna vez en sus relaciones afectivas, la percepción de la violencia es una práctica no reconocida (quizá negada en los jóvenes participantes)". La violencia simbólica (aquella que se ejerce con el consentimiento de la víctima) es una práctica presente en las relaciones de noviazgo, de ello dan cuenta la idea de los celos como una expresión de amor (20%) y de que "el amor lo puede y lo perdona todo" (27%).

En cuanto al género se encontró que las creencias que reflejan estereotipos rígidos de género obstaculizan relaciones equitativas y no violentas, como las opiniones de que una violación puede ser provocada por la forma de vestir o comportarse de una mujer (16%), que el hombre puede ser violento por naturaleza (20%). También hay acuerdo en que el hombre llega hasta donde la mujer lo permite (72%) y que la mujer debe darse a respetar para que los hombres la respeten (76%); es decir, un amplio porcentaje de estudiantes, tanto hombres como mujeres, depositan en la mujer la responsabilidad de los actos de los hombres en las relaciones intergeneracionales.

Se presentan recomendaciones para trabajar con miras a la prevención de situaciones que ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva, la violencia en el noviazgo, resignificar estereotipos de género y la diversidad sexual en un marco de derechos humanos, teniendo como fundamentos:

Que la sexualidad no se reduce a la base biológica, sino que incorpora su dimensión social y psicológica y que permite comprender que en los seres humanos sus manifestaciones son diversas y sus significados cambiantes.

Y que los elementos para comprender y explicar que las diferencias sexuales devienen en desigualdades sociales, con el propósito de suscitar aprendizajes significativos, apoyándose en los medios de comunicación como recurso central para la promoción de una cultura de la prevención.

Martha Villaseñor-Farías y Jorge Castañeda-Torres hicieron un estudio cualitativo en Guadalajara (México), para analizar los significados que tienen adolescentes

escolares (de una zona metropolitana) sobre la violencia sexual con esquemas de masculinidad y de poder.³²

Participaron 155 mujeres y hombres de 12 a 19 años, estudiantes de secundarias y preparatorias públicas y privadas, seleccionadas aleatoriamente. Las técnicas para obtención de datos fue entrevista en grupo focal, empleando inicialmente una narración incompleta (partiendo de supuestos proyectivos). Las etapas de estudio fueron:

El marco teórico, de carácter crítico y la búsqueda de generación teórica consecuente, se trató de encontrar una explicación interpretativa desde una postura teórico crítica de género y sociocultural constructivista y a partir de lineamientos metodológicos de análisis de significados con un enfoque semiótico y de orientación social.

Los resultados se agrupan en ejes de violencia sexual (conceptos, límites y formas); víctimas y victimarios; origen, motivos personales y circunstancias facilitadoras; el poder y las estrategias de violencia sexual; decir e interpretar el 'no'; posibilidades de denuncia, consecuencias, manejo y prevención.

El estudio concluye que en la significación de la violencia sexual los valores ideológicos de la masculinidad sustentan (en mujeres y hombres) conceptos, mitos y argumentos que tienden a legitimarla en los imaginarios individual y colectivo a favor de los varones (que poseen fuerza, dominio interpersonal, dinero e influencia pública). Las mujeres son visualizadas como víctimas reales por su condición femenina de debilidad y los varones como violentos por naturaleza o en respuesta a la provocación. Desde los puntos de vista moral y legal se ve a la violencia sexual como algo impune.

Sus propuestas se encaminan a la promoción moral y sexual, el autocontrol masculino, la libertad, el poder femenino y las condiciones sociales de equidad. Hay que tomar en cuenta estas posturas ideológicas asumidas por los adolescentes para conceptualizar y explicar la violencia sexual, en que, además, ellos y ellas mismas deben ser partícipes en sus ideas y acciones en la construcción de nuevos modelos de relación y proyectos de vida y sociedad.

Las siguientes investigaciones se realizaron en países de Latinoamérica (Colombia, Argentina y Perú).

En Colombia Fernando Urrea y colaboradores exploraron las lógicas de producción de afectos y elección de pareja en jóvenes (adolescentes y postadolescentes) de sectores populares heterogéneos (según factores de clase, género y raza) de la ciudad de Cali. Es un estudio cualitativo para mirar desde una perspectiva macrosocial el comportamiento de las lógicas en los grupos de jóvenes y participaron jóvenes negros y mestizos, hombres y mujeres que proceden de sectores populares del oriente de Cali (algunos de clases medias bajas). Se realizaron entrevistas y grupos focales, analizándose asuntos de elección de pareja a través del noviazgo, con la opción de cohabitar y tener hijos.³³

Los principales hallazgos muestran, sobre todo entre jóvenes de clases populares y de bajo nivel escolar, que la idea del amor romántico continúa teniendo gran peso en la construcción de los afectos, en la que los principales proyectos de vida giran en torno a la maternidad y a la paternidad idealizadas "para las mujeres la primera opción es ser madres y para los hombres el ser padres sin condiciones de ejercer siquiera el rol de proveedor".³³

Los hombres llaman a las mujeres 'igualadas' cuando han logrado autonomía en las esferas sexual, afectiva, laboral, en la elección de pareja, así como en las decisiones cotidianas domésticas y el manejo del dinero; diferencian a las mujeres con quienes sostienen encuentros eróticos de aquellas que consideran para relaciones amorosas.

Para las mujeres la demanda de afecto es común en el contexto de una pareja idealizada, tanto en clases populares como en clase media. Se encontró que a mayor escolaridad se retrasa el inicio de relaciones sexuales y se buscan formas alternativas de relacionarse en pareja.

Mabel Grimberg³⁴ presenta resultados de un estudio para conocer las relaciones e identidades de género con relación a la problemática de prevención del VIH-SIDA, en mujeres jóvenes de sectores populares residentes en el cordón sur de la ciudad de Buenos Aires (área de mayor incremento de casos de VIH-SIDA, mayor pobreza, degradación y violencia urbana).

Participaron 35 mujeres con edades de 15 a 35 años. La selección de las participantes fue mediante con informantes clave y trabajo con la técnica 'bola de nieve' a partir del seguimiento de las redes de solidaridad extensa (no parientes) de las informantes clave. Es un estudio etnográfico, con entrevistas en profundidad (duración máxima de 2 horas) y observación participante con análisis de narrativas.

La información se analiza a la luz del saber y el actuar. En el saber se encuentran los ejes de *definiciones, formas de transmisión/contagio, formas de prevención*. Las prácticas se abordan desde los *estereotipos y roles de género*.

Los resultados muestran que los estereotipos y roles de género influyen en el actuar de las mujeres, aun teniendo información adecuada de la infección, sobre todo en aquellas de sectores más precarios; influye el *deber ser como mujer*, instituida en *comportamientos esperados y necesarios* para el desempeño de los roles masculinos, limita la iniciativa y la capacidad de negociación general de las mujeres y, en particular, las posibilidades de negociar sexo seguro.

Los estereotipos dificultan reconocer el deseo propio y legitiman prácticas coercitivas del varón hacia la mujer, lo cual se articula con otras desigualdades sociales que llevan a la falta de empoderamiento de las mujeres. Otro elemento que agrava la situación de las mujeres es que el VIH se percibe como problema de 'otros' (adictos a sustancias, promiscuos, homosexuales), lo cual aminora las posibilidades de prevención.

La naturalización de la sexualidad, la pareja y la maternidad no permiten ver las relaciones de género. Ante este panorama, se plantea que las propuestas de prevención deben partir del conjunto de la práctica social, con especificidad en las relaciones de género, en las que se promueva la reflexión crítica de varones y mujeres sobre la importancia de su participación activa en la construcción de relaciones y prácticas sociales de reciprocidad y equidad.

Se marca como prioridad (en términos de políticas de prevención) la elaboración de programas multiestratégicos de promoción de la salud; (medios de comunicación, información sistemática-continua y actividades de discusión-reflexión participativas); para ello es necesario tomar en cuenta lo que es válido para las vidas de mujeres y hombres en cuanto a preocupaciones, aspiraciones y dilemas de la vida cotidiana.

Carmen Yon Leau estudió las representaciones de género^h de adolescentes, en total 120 mujeres y varones de 10 a 19 años de edad, de cinco barrios periurbanos de

^h Ella lo define como "las imágenes y conceptos que los sujetos elaboran sobre sí mismos y el mundo que los rodea, a partir de los significados que la cultura atribuye a las diferencias corporales relacionadas con los órganos sexuales y las funciones reproductivas de varones y mujeres".

Lima, Perú. Para la obtención de información se realizaron discusiones grupales, frases e historias incompletas, dibujos, dramatizaciones y creación colectiva de representaciones sociales. Estas técnicas se realizaron en talleres de reflexión.³⁵

Se usó la técnica participativa "El marcianito" para motivar la reflexión en grupos mixtos y homogéneosⁱ en cada uno de los barrios de los distritos. Se identificaron ocho ejes, a partir de los cuales chicos y chicas diferenciaron a los varones de las mujeres:

1. Características anatómicas y fisiológicas
2. Apariencia corporal
3. Fortaleza física
4. Atributos de personalidad
5. Ejercicio de la sexualidad y forma de interacción con las parejas sexuales
6. Movilidad y acceso a espacios públicos
7. Relación de poder entre varones y mujeres en la toma de decisiones
8. Roles en la división sexual del trabajo

Estos ejes adquirieron diferentes prioridades y significados en los grupos mixtos y en los homogéneos (no se observaron diferencias entre distritos). Los grupos homogéneos resaltaron atributos, roles y modos de relación que, producidos social y culturalmente, son considerados inherentes a las mujeres o a los varones; también reflexionaron sobre aspectos que consideran como ventajas y limitaciones del otro sexo (expresándolo en forma de desconfianza, reproche y desaprobación).

Los grupos en que trabajaron mujeres y hombres (mixtos), en primer lugar resaltaron las diferencias anatómicas y fisiológicas entre ellas/ellos. En segundo término hicieron referencia al arreglo del cuerpo y la vestimenta como diferenciadores genéricos.

En este trabajo se concluye que

"las diferencias entre grupos, pueden estar asociadas a la necesidad de negociar en los grupos mixtos, ya que el trabajar con pares del mismo sexo llevó a los participantes a identificar los aspectos que reconocen como parte de su identidad de género".³⁵

Las representaciones de género de mujeres y varones,

ⁱ Se entiende por grupo homogéneo un grupo conformado por personas del mismo sexo.

en este estudio, responden al modo excluyente en que se han construido los modelos de identidad de género, basado en la negación y desvalorización de lo que se considera propio del otro género.

A continuación se presentan tres estudios realizados en Brasil.

Denize de Oliveira y colaboradores trabajaron con mujeres y hombres adolescentes de dos colegios públicos de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, con el propósito de "describir y analizar las representaciones sociales de diferentes formas de relaciones afectivas entre adolescentes, en el marco de la teoría de las representaciones sociales en el contexto de la psicología social".³⁶

Participaron 130 adolescentes en 19 grupos focales (en un periodo de cuatro meses),^j de los turnos de la tarde y la noche; se formaron dos subgrupos: uno relacionado con la ocupación (trabajadores y no trabajadores) y el otro con el turno escolar (tarde y noche).

Los resultados mostraron una distribución del contenido en seis categorías discursivas: 1. Formas y expresiones de las relaciones afectivas (tocar, estar y enamorar); 2. Pensando y hablando sobre sexualidad y sexo (dilemas y posicionamientos); 3. El mundo del trabajo y el universo de la escuela en sus relaciones; 4. Hablando de futuro (entre planes y sueños); 5. Describiendo lo cotidiano; 6. Sobre amigos y colegas (las relaciones interpersonales en la adolescencia).

Se concluyó que las vivencias son complejas y multifacéticas, con tensión entre los comportamientos y las opciones presentes en su cotidianidad. Hacen referencia a tocar como un "acto espontáneo, que no se repite, sin compromiso". Los adolescentes del género masculino hablan caracterizando el papel del otro sexo con relación a ellos mismos; su rol varía desde el perfil de responsable o proveedor en el uso del condón y, en consecuencia, previene de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS's) y de embarazos; esto tiene parecido con el papel socialmente aceptado en las relaciones de pareja. Los resultados no permiten afirmar (de manera precisa) que besar sea parte de sentimientos de respeto y de una afectividad más profunda.

j Para el procesamiento de datos se empleó el programa de cómputo Alceste 4.5; éste identifica la co-ocurrencia de palabras en enunciados que constituyen un texto.

Se muestra parte de un mundo postmoderno en las relaciones que establecen, con situaciones más fluidas y menos claras; asimismo "las relaciones íntimas y afectivas surgidas de relaciones más intensas (como la amistad) son más duraderas que aquellas que surgen del compañerismo".³⁶

Por último, aunque hay cambios (mutaciones) en la definición tradicional de relaciones, aparece la constitución de una familia en sus planes futuros, al igual que las carreras profesionales y los cursos universitarios.

Marta Araújo y Rosa María Godoy realizaron una investigación cualitativa en la que participaron mujeres adolescentes de la Vila Acaba Mundo - Belo Horizonte/ Minas Gerais, Brasil. El objetivo fue "comprender las representaciones sociales de las adolescentes en relación con la iniciación sexual bajo la perspectiva de género".³⁷ Se trabajó con mujeres adolescentes que asisten a una asociación civil que da talleres para madres adolescentes y adolescentes embarazadas.

Se optó por un abordaje cualitativo porque "posibilita una aproximación al universo de significados, motivos, aspiraciones, actitudes, creencias y valores de las participantes en el estudio";³⁷ además permite hurgar en elementos de un grupo, revelando aspectos importantes para el tema de estudio. Se contactó con una asociación civil que atiende a niños, niñas y adolescentes.

Participaron 16 mujeres de 11 a 16 años de edad, que conformaron tres grupos a petición de las mismas adolescentes que expresaron tener otras actividades.

Se encontró que para las adolescentes no es fácil hablar de sexo con sus padres, aunque hay diferencias en las edades de las adolescentes: las más jóvenes recurren al silencio cuando se enfrentan a sus padres y las mayores hablan de su vida afectiva con sus madres (sobre todo por el temor de que se enteren por medio de otra persona). La figura paterna se mencionó poco y cuando se hizo fue un padre represor, inflexible y distante.

Se trató de identificar y comprender las dimensiones cognitiva, afectiva y de la práctica cotidiana que se encuentran en los discursos de las adolescentes sobre la iniciación sexual y la influencia de las relaciones de género en la identidad, de los que emergieron dos representaciones: 1. Dejar de ser niña y 2. Temor por el embarazo y sus consecuencias. Se concluyó que las cuestiones de género son imprescindibles en la construcción de los sujetos sociales.

Montserrat Moreno y colaboradores realizaron un estudio con mujeres y hombres adolescentes para conocer "¿cómo los procesos de socialización pueden desembocar, ya en la adolescencia, en un sistema de representaciones mentales que contienen el germen de la tolerancia y de la negación de la violencia contra las mujeres?".

En esta investigación participaron 118 mujeres y hombres adolescentes (edades de 12, 14 y 16 años), estudiantes de clase media. A ellos se les proporcionó una historia escrita que relata episodios de violencia física hacia una chica por parte de su novio. Posterior a la lectura se pidió que respondieran a "¿qué harías tú si te encontraras en una situación muy parecida a la de ella? ¿Crees que él y ella pueden resolver el problema que tienen? Si piensas que sí, explica ¿cómo crees que pueden resolverlo?".³⁸

Las respuestas a la primera cuestión se categorizaron en cinco tipos:

- Las que indican que renunciarían a todas aquellas cosas que disgustaran a él para mantener la armonía de la pareja, restando importancia a las acciones de él. 14.4% considera que la chica debe someterse a la voluntad del muchacho
- Quienes tienen la idea de que el agresor debe ser considerado como alguien que necesita la ayuda de la agredida y que, en cierto modo, depende de ella el buen funcionamiento de la relación. 17% del total de respuestas con una ligera tendencia superior en las mujeres.
- Quienes plantean hablar con el chico como forma de resolver el conflicto.
- Se encuentran las respuestas que consideran la posibilidad de romper la relación, ya sea de manera inmediata o después de hablar con el chico. 52.5% de la muestra femenina se inclina por la ruptura (expresada como una clara intención o considerada como una entre otras posibilidades).
- Respuestas minoritarias, de tipo mixto o que no pueden situarse dentro de alguna de las anteriores categorías.

Las respuestas a la segunda pregunta se categorizaron de la siguiente forma

- Quienes afirman que pueden resolver su problema

hablando, aunque no especifican sobre qué deben hablar, ni de qué manera deben hacerlo.

- En las que se considera que el problema lo deben resolver con la participación de los dos, de común acuerdo o cediendo ambos.
- Quienes consideran que el problema tiene solución y que la chica debe hacer algo en beneficio de su pareja.
- Respuestas en las que se considera que sí es posible, para lo cual Juan debe cambiar.
- Quienes afirman que es posible cambiar con ayuda psicológica.
- Aquellas en las que se asegura que es posible cambiar, pero no se especifica cómo.

El 79.5% de respuestas se relacionaron con categorías en las que se considera que sí es posible resolver el problema; el otro 20.5% considera la ruptura como posibilidad.

Se concluye que el uso de una historia con un conflicto concreto de pareja (la violencia de género) permite visibilizar respuestas vinculadas a modelos inconscientes de acción que incitan a respuestas pronunciadamente sexistas. Estas ideas en que la mujer es responsable de mantener la relación de pareja, aunque exista violencia de género, están vigentes y alimentadas a través de las múltiples manifestaciones del sentimiento y pensamiento colectivo y se presentan como modelo ideal (a través de la literatura, las artes plásticas, el cine, la televisión, etc.). Los resultados llevan a concluir que los modelos sexistas continúan vigentes. En las respuestas no se percibe la gravedad de las agresiones presentes en la historia y no se percibe el maltrato hacia la mujer.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Lincoln C. Chen y Giovanni Berlinguer expresan la relevancia de estudiar los trastornos sociales y mencionan que éstos junto con los trastornos del comportamiento

abarcaban enfermedades mentales, abuso de sustancias adictivas, peligros de los comportamientos sexuales de riesgo y el precio obligado de la violencia y las lesiones... La violencia es la causa más importante de muerte entre los adolescentes y jóvenes, sobre todo varones. En el mundo en vías de globalización, la violencia puede ser

real (con daños físicos o mentales) o virtual^k (con daños psicológicos y sociales a través del contenido violento transmitido por computadoras, televisión y películas)... La violencia intencionada o voluntaria puede ser perpetrada contra los débiles, es decir, los niños, mujeres o ancianos.³⁹

En 1994, en El Cairo se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), abordándose temáticas relacionadas las niñas, niños y adolescentes. El capítulo VI del Informe, en el apartado de Crecimiento y estructura de la población, el inciso B, se plantean, entre otros objetivos:

b) Satisfacer las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las jóvenes,^l en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los adolescentes y jóvenes;⁴⁰

c) Alentar a los niños, adolescentes y jóvenes, en particular las jóvenes,^l a que continúen sus estudios a fin de que estén preparados para una vida mejor, de aumentar su capacidad humana y de impedir los matrimonios a edad muy temprana y los nacimientos de gran riesgo y reducir las consiguientes mortalidad y morbilidad.⁴⁰

El Informe pone énfasis en la promoción de acciones que mejoren las condiciones de salud y bienestar, así como desarrollar los potenciales de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, a través del apoyo en los ámbitos social, económico, político y educativo; además de trabajar en medidas que promuevan relaciones no violentas y equidad entre los géneros.

Para lograrlo es necesario el diseño e instrumentación de diferentes estrategias que permitan trabajar para vulnerar los determinantes sociales que generan estilos de vida no saludables, entre los que se encuentra la violencia de género en las relaciones de pareja.

La prevención de la violencia y la promoción de relaciones no violentas son prioridades para la salud pública. El Informe Mundial de Violencia y Salud textualmente marca

^k La violencia virtual se refiere a la violencia que se encuentra en medios electrónicos y no a que no exista como pudiera pensarse.

^l El subrayado es nuestro.

la importancia de estudiar la violencia hacia las mujeres de cualquier edad con el propósito de "determinar sus consecuencias para la salud... Reconocer las graves consecuencias inmediatas y a largo plazo que la violencia tiene para la salud y el desarrollo psicológico y social de las personas, las familias, las comunidades y los países".⁴¹

El mismo Informe señala que la violencia de pareja (una de las formas de la violencia de género) forma parte de la violencia interpersonal y que ésta puede ser física, sexual, psicológica y de privaciones o desatención, en la que mujeres

son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de género, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos.⁴²

La importancia de tener información de violencia de género en las relaciones de noviazgo radica en comprender qué modelos de relaciones están reproduciendo y creando las y los jóvenes, para hacer propuestas comunicacionales y educativas que integren esas vivencias, además de promover y prevenir la violencia de género y contribuir a que las mujeres y los hombres logren relaciones equitativas, saludables y placenteras. En este sentido el papel de los profesionales de la salud es investigar, desarrollar y poner en marcha

soluciones innovadoras que propongan cambios en las prácticas de salud pública... crear alianzas con centros de investigación e instituciones académicas para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones de las autoridades sanitarias nacionales en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción.⁴³

Por otra parte, son importantes investigaciones que permitan tener información para fortalecer

La toma de acciones de promoción de la salud en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud. Los cuales cuenten con una activa participación ciudadana... con miras a construir alianzas intersectoriales (incluyendo a la sociedad civil) que permitan utilizar todo el capital humano y los recursos materiales disponibles para mejorar el estado de salud de la población y promover ambientes que favorezcan la vida saludable.⁴³

Este estudio generó información y enriqueció los conocimientos sobre la violencia de género que se vive en la etapa del noviazgo, con el propósito de crear estrategias de comunicación, educativas y formativas para mejorar las relaciones entre mujeres y hombres.

La información existente sobre violencia que el varón inflige hacia su pareja mujer es variable, en el mismo Informe se incluyen datos de países con características diversas^m, donde se reporta que

entre el 10% y el 69% de las mujeres señalan haber sido agredidas físicamente por una pareja masculina en algún momento de sus vidas [a diferencia de los varones] las mujeres a menudo tienen vínculos afectivos con la persona que las maltrata.⁴²

Estas situaciones de debilidad y vulnerabilidad de un género sobre el otro es producto de las representaciones de género, ya que se alimenta la creencia de que 'así deben ser las relaciones afectivas'. La violencia de género en pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico o religioso. Esto lo muestran estudios realizados en diferentes países del mundo observándose porcentajes por debajo de 50 en ambas referencias (violencia vivida en los últimos 12 meses y alguna vez en su vida). En México se observa 27% de mujeres agredidas alguna vez en su vida por su pareja, lo cual lleva a pensar que 73% de mujeres que viven en pareja no son violentadas.ⁿ (Ver Cuadro 1.)

Cuadro 1. Porcentaje de agresión física a mujeres por su pareja masculina, según estudios de diferentes países, 1989–1999.

País	Año de estudio	Proporción de mujeres agredidas físicamente por su pareja (%)	
		En los 12 meses anteriores	Alguna vez
África			
Etiopía	1995	10 en los últimos 3 meses	45
Sudáfrica	1998	6	13
América			
Estados Unidos	1995-1996	1.3	22
Chile	1993	23	
México (Guadalajara)	1996		27
Puerto Rico	1995-1996		13
Asia y Pacífico			
Camboya	1996		16
India	1999	14	40/26
República de Corea	1989	38	
Europa			
Noruega	1989		18
Reino Unido	1993	12	30
Mediterráneo Oriental			
Egipto	1995-1996	16	34
Israel	1997	32	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Capítulo 4: La violencia en la Pareja. Washington D.C. , EUA: OPS, OMS; 2002: 98-99.

En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, en 2006 levantó la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006);⁴⁴ sobre violencia de género en pareja los resultados muestran que de las mujeres de 15 años y más 67% reportó haber vivido algún incidente de violencia, siendo la más frecuente (43.2%) la violencia de pareja.^o

^m Los datos presentados son reportes de los países. Se emplean diferentes metodologías, por lo que no son representativos ni válidos, se toma la información como orientadora.

ⁿ Hay que tener en cuenta el subregistro e incluso las mujeres que viven violencia y por considerarse un acto "natural en la relación" no se visibiliza o no se denuncia.

^o Otras formas de violencia, que reportan las mujeres han sido comunitaria (39.7%); laboral (29.9%); familiar (15.9%) y escolar (15.6%).

Las mujeres con al menos un incidente de violencia en su última relación de pareja, según situación conyugal: 61.5% alguna vez habían estado casadas, 46.6% se encontraban casadas o unidas y 26% estaban solteras en el momento del levantamiento de la encuesta.

El estado de Veracruz se encuentra en el lugar 15 del país (40.8%) en mujeres que reportan al menos un incidente de violencia en su última relación de pareja, de las cuales 42.4% estaban casadas o unidas, 60.7% habían estado unidas alguna vez y 24.5% estaban solteras en el momento de la encuesta.

El Instituto Mexicano de la Juventud, en 2007 coordinó la Encuesta Nacional de las Relaciones de Noviazgo,^{45,p} reportando datos para la vivencia de violencia física, psicológica y sexual.

Del total de jóvenes entrevistados, 15% reportó haber experimentado al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo que tenía al levantamiento de la encuesta.

La mayor proporción de personas que recibieron violencia física fueron las mujeres (61.4%), en comparación con los varones (46%). Tres cuartas partes de jóvenes (76%) reportaron haber vivido violencia psicológica (abuso emocional, verbal, maltrato y menoscabo de la estima hacia una o varias personas).^q

Dos terceras partes de las mujeres (66%) las han tratado de forzar o han forzado a tener relaciones sexuales en algún momento de su vida (desde la infancia); su casa ha sido el lugar donde mayoritariamente han vivido estas experiencias.^r

En el estado de Veracruz se realizó la encuesta "La Violencia en las Relaciones de Noviazgo-Pareja y los

p La encuesta fue levantada en el último trimestre del 2007 en 18 mil hogares en el nivel nacional con representatividad rural/urbano. El objetivo fue generar información estadística sobre la frecuencia y magnitud de la violencia que se da en las relaciones de pareja no convivientes, así como determinar las características de la dinámica en las relaciones de noviazgo. Se incluyó a mujeres y hombres de 15 a 24 años que reportaron haber tenido relaciones de noviazgo con su pareja (7 millones 278 mil 236). Esta población soltera representó 13.6 por ciento de la población total y 73 por ciento de la población de 15 a 24 años.

q El documento no especifica la proporción de mujeres y varones que reportaron haber vivido violencia psicológica.

r Se les preguntó "si alguna vez alguien los había tratado de forzar o los habían forzado a tener relaciones sexuales" (tomando en cuenta la etapa de la niñez).

Riesgos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Jóvenes Normalistas del Estado de Veracruz (2008)". La muestra estuvo constituida por 1,002 jóvenes (aproximadamente el 25% de la población estudiantil), de los cuales 652 fueron mujeres y 350 hombres con edades de 17 a 24 años. De acuerdo con los resultados preliminares 32% de las mujeres y 23% de los hombres manifestaron vivir violencia en el noviazgo.⁴⁶

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales que sobre las relaciones de pareja tienen las y los adolescentes y de qué forma les protege o pone en riesgo para vivir violencia de género?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Describir y analizar la percepción de violencia y equidad de género en parejas adolescentes de la ciudad de Xalapa, a partir de sus representaciones sociales.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir y analizar las prácticas y los significados de las relaciones de pareja en adolescentes.
- Identificar los modelos de pareja ideales y reales que tienen las y los adolescentes.
- Identificar elementos que vulneran y protegen a los adolescentes de vivir violencia de género en relaciones de pareja.
- Identificar elementos comunicativos y educativos para proponer estrategias que promuevan la equidad en las relaciones de pareja en adolescentes e integrar al PASA.

4. PARADIGMA

Este trabajo se enmarca en el paradigma cualitativo, pues busca conocer la realidad de las personas a través de los significados sobre las relaciones de pareja; tomando en cuenta que estos significados son construidos mediante las relaciones sociales en contextos culturales particulares.

En esta investigación se reconoce la importancia de la influencia de la subjetividad del investigador en cada etapa del estudio. Se reconocen y exploran las

determinaciones del contexto sociocultural sobre la violencia de género que se vive en las relaciones de pareja. A partir de las prácticas e imaginarios sociales de las y los participantes es posible conocer sobre violencia en relaciones de pareja en un contexto social específico.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Este estudio parte de un **paradigma** interpretativo, pues busca comprender la realidad concebida como una construcción diversa, en que las relaciones interpersonales están influidas por elementos subjetivos.

El punto de partida son los significados subjetivos que los adolescentes atribuyen a sus actividades, relaciones y ambientes, por lo que se enmarca en el **Interaccionismo Simbólico**. Uwe Flick refiere que para éste

Los seres humanos actúan respecto a las cosas de acuerdo con los significados que éstas tienen para ellos... este significado se deriva o surge de la interacción social que se tiene con los propios compañeros [y] los significados se manejan en un proceso interpretativo utilizado por la persona al hacer frente a las cosas que encuentra, y este proceso los modifica.⁴⁷

Se pretende usar la información del estudio para proponer estrategias que promuevan relaciones no violentas y generar soluciones potenciales a los problemas de violencia de género que se viven en las relaciones de pareja en adolescentes.

5.2 Universo y muestra (población de estudio)

El municipio de Xalapa se ubica en el centro del estado de Veracruz. Tiene una altura de 1,427 metros sobre el nivel del mar; colinda con los municipios de Banderilla, Coatepec, Emiliano Zapata, San Andrés Tlalnahuayocan, Naolinco y Jilotepec.

Xalapa se encuentra entre las ocho ciudades de mayor tamaño del estado.⁵ (Ver Figura 1). Con una población de 405,427 habitantes, de los cuales la población de 10 a 19 años representa 19% de la población total. (Ver Cuadro 2.)

Figura 1. Ubicación de las ocho ciudades de mayor tamaño del estado de Veracruz.



Fuente: Imagen disponible en <http://www.xalapa.gob.mx>.

Cuadro 2. Población de 10 a 19 años en los niveles nacional, estatal, jurisdiccional y municipal de Xalapa, así como su proporción respecto de la población total.

	Hombre		Mujer		Total	Proporción
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa		
Nacional	10541816	50.1	10519328	49.9	21061144	20.9*
Estatad	752871	50.1	748406	49.9	1501277	21.3**
JSV	103076	50.1	102830	49.9	205906	20.5***
Municipio	38044	49.6	38665	50.4	76709	18.9****

Fuente: Consulta interactiva de datos del II Censo de población y vivienda 2005. [Consultado 2008 Nov 11]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>.

Proporción de mujeres y hombres de 10 a 19 años respecto de:

*La población nacional = 100,638,078

** La población estatal = 7,055,023

*** La población de la JSV = 1,004,700

**** La población del municipio de Xalapa = 405,427

En Xalapa se encuentran dependencias gubernamentales del Estado (educación, administración pública, plaza bancaria y de finanzas) y delegaciones federales (de los niveles estatal y paraestatal). Como capital ha tenido un alto crecimiento en sus actividades locales y regionales: servicios comunales, personales y de comercio. La

s Las otras siete son Tuxpam, Poza Rica, Veracruz, Córdoba, Orizaba, Coatzacoalcos y Minatitlán.

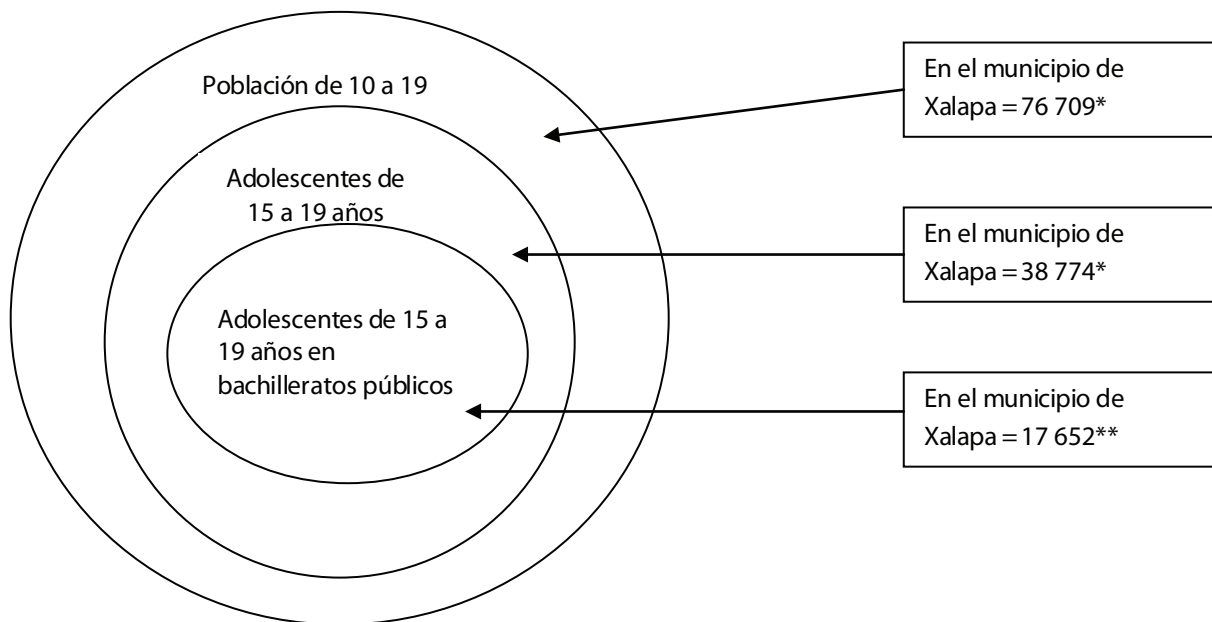
economía se fundamenta en actividades terciarias (primordialmente en la prestación de servicios y actividades comerciales) y es un centro de intercambio comercial al cual acude la población de municipios colindantes.

En el ámbito educativo, cuenta con escuelas públicas y privadas de los diferentes niveles. Teniendo su población de 15 a 19 años la oportunidad de asistir a diferentes escuelas públicas. De acuerdo con los turnos de éstas, hay 64 opciones para cursar el bachillerato:

- 55 Bachilleratos Generales,
- Cinco Bachilleratos Tecnológicos Industriales y de Servicios,
- Tres Tele bachilleratos,
- Un Colegio de Bachilleres.

Para este estudio, el universo lo constituyó la población de responsabilidad del PASA en el municipio de Xalapa. Mujeres y hombres con edad de 10 a 19 años no derechohabientes de algún servicio médico. En las escuelas se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de padecimientos de los adolescentes, atendándose los niveles de primaria (grados quinto y sexto), secundaria y bachillerato, sin tener en cuenta la situación de derechohabiencia. En este estudio se trabaja con mujeres y hombres que asisten a escuelas de nivel medio superior (específicamente bachillerato) en el municipio de Xalapa. (Ver Figura 2.)

Figura 2. Población de adolescentes de 15 a 19 años que cursan bachillerato, en relación con la población de adolescentes en el municipio de Xalapa.



Fuente: *Consulta interactiva de datos del II Censo de población y vivienda 2005 [Consultado 2008 Nov 11]. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>.

**Sistema Único de Información. Consulta Estadística de Indicadores, Ciclo escolar 2007-2008 [Consultado 2009 Ene 31]. Disponible en: <http://sui.sev.gob.mx:8099/index.aspx>.

Para la selección de la población se usó muestreo teórico entre mujeres y hombres de dos bachilleratos generales del sistema público; se conformaron grupos homogéneos (sólo mujeres o sólo hombres). A su vez se conformaron grupos entre quienes poseían experiencia en tener pareja y quienes no la han tenido. (Ver Cuadro 3.)

Cuadro 3. Diseño para la conformación de grupos focales, por escuela, sexo y experiencia de pareja.

	Mujeres		Hombres	
	Han tenido o tienen pareja	No han tenido pareja	Han tenido o tienen pareja	No han tenido pareja
Escuela 1	1	1	1	1
Escuela 2	1	1	1	1
Total de grupos	2	2	2	2

Fuente: Diseño de investigación para grupos focales, este mismo documento. 2009.

Del grupo focal se identificó la presencia de individuos marginales. Se llama individuo o conducta marginal a la de 'menor representatividad' respecto de la población de estudio, por su valor testimonial como caso posible, para confirmar la dimensión del sistema social y recuperar su perspectiva general del problema.

En este caso se identificaron personas, que reconocida (por sí misma o por otra), han tenido modelos de relaciones no violentas o violentas en sus círculos sociales cercanos (padres, otros miembros de la familia, vecinos y en sus relaciones propias). Se les invitó a participar en una entrevista enfocada sobre la temática de pareja; para tal efecto se diseñó una entrevista enfocada.

5.3 Definiciones operacionales y categorías de estudio

Se presentan las categorías y evidencias empíricas de las variables que se analizaron: relación de pareja, violencia de género y estilos de relacionarse. (Ver Cuadro 4.)

Cuadro 4. Categorías y evidencias empíricas.

Categoría	Subcategoría	Evidencia empírica
Relación de pareja		Relación personal acordada entre dos sujetos, en la cual se permiten contactos íntimos; se expresan sentimientos de afecto y amor; se comparten espacios y tiempos específicos entre los integrantes; todo esto con un nivel de compromiso explicitado a través de lenguaje verbal.
Violencia de género: cualquier componente de desigualdad y dominio de un género al otro, que cause daño o sufrimiento psico-emocional, físico, sexual o incluso la muerte (por homicidio o suicidio).	Violencia física	Referencia de que en la pareja se tiene contacto físico usando el cuerpo, arma u objeto, lo cual provoca daño e incluso lesiones.
	Violencia psicológica	Expresión de que en la pareja alguno de los integrantes ha hecho o dejado de hacer algo, dañando la estabilidad psicoemocional (celotipia, insultos, humillaciones, indiferencia, amenazas, poner sobrenombres), lo cual genera depresión, aislamiento, devaluación de la autoestima e incluso ideas suicidas.
	Violencia sexual	Expresión de que en la relación de pareja se usa la fuerza física o el poder sobre la pareja para faltar al respeto o dañar el cuerpo y la sexualidad de alguno de los integrantes.
Estilos de relacionarse	Estilo controlador	La persona expresa sus pensamientos, sentimientos y opiniones de manera impositiva y transgrede los derechos de las otras personas.
	Estilo sumiso	La persona expresa falta de confianza en sí misma y no es capaz de decir abiertamente sus sentimientos, pensamientos y opiniones; cuando los expresa lo hace de manera autoderrotista.
	Estilo no violento	La persona expresa sus sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones propias de forma directa; no amenaza o castiga a la persona con quien se está interactuando; reconoce sus responsabilidades.

Fuente: Marco Teórico de este mismo documento. 2009.

5.4 Técnicas e instrumentos para la obtención de datos

La técnica por excelencia para conocer representaciones sociales son las entrevistas cualitativas. En este trabajo se emplearon grupos focales y entrevista individual focalizada. El registro se hizo mediante la grabación en video y en audio, para lo cual se solicitó consentimiento informado por la autoridad escolar correspondiente y cada uno de los participantes.

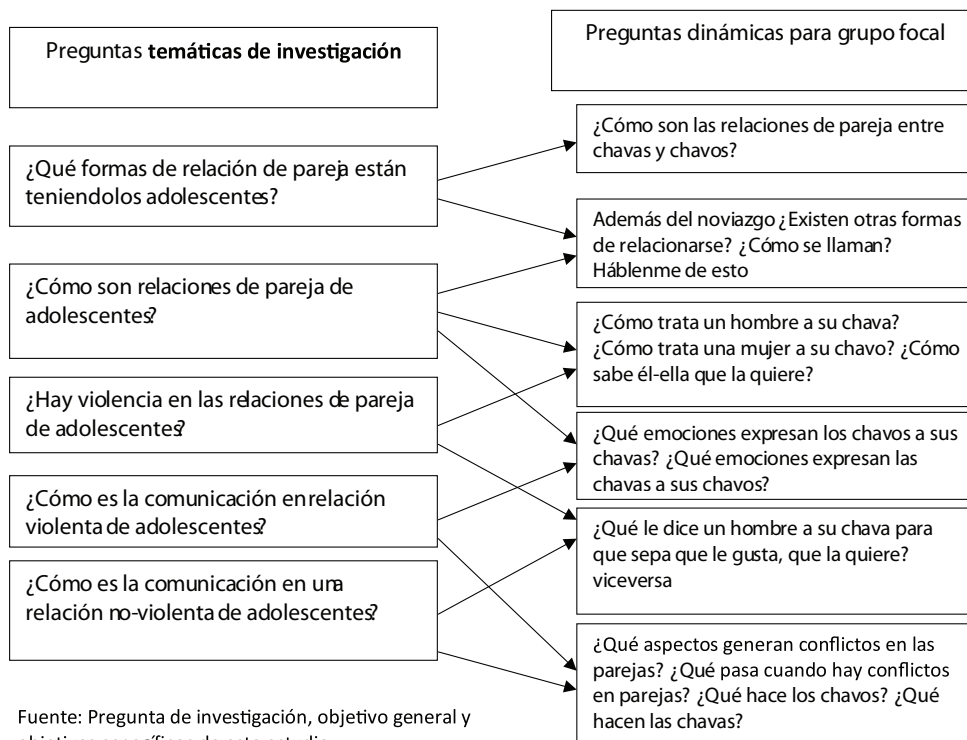
El grupo focal se desarrolló en las siguientes fases:

- Invitación abierta y voluntaria para participar en estudio sobre comunicación en las relaciones de pareja.
- Selección de participantes.
- Consentimiento informado para participar, grabar en audio y video la entrevista.

Fase de entrevista:

- Registro de participantes.
- Presentación de objetivo y programa de sesión.
- Técnica de lluvia de ideas. Se les preguntó ¿Cómo le llaman los chavos a las formas para relacionarse en pareja?
- Técnica participativa con actuación, en la que se pidió representar tres situaciones en alguna de las parejas que surgieron en la lluvia de ideas.
- Entrevista, con base en las preguntas temáticas de investigación y sus correspondientes preguntas dinámicas. (Ver Figura 3.)
- Conclusiones y cierre.

Figura 3. Preguntas temáticas de la investigación y sus correspondientes preguntas dinámicas para grupo focal.



Fuente: Pregunta de investigación, Objetivo general y Objetivos específicos de este estudio.

Se empleó entrevista centrada[†] para conocer los determinantes sociales de las relaciones de pareja, los aprendizajes propios y en diferentes círculos sociales (familia, personas significativas), que como representaciones se tienen sobre la pareja.

Se seleccionaron casos únicos, en que el valor testimonial fue representativo y extremo.

La entrevista se realizó con la siguiente guía:

Identificación:

- Edad
 - ¿Con quién vives?
 - ¿Qué grado cursas?
 - ¿Has tenido novio o pareja?
- Háblame de lo que para ti significa una relación de pareja.
 - ¿Cómo es una relación de pareja en tu familia?
 - ¿Qué decían en tu familia de las relaciones de pareja?
 - Ahora háblame de una relación de pareja que en tu infancia-niñez llamó tu atención.
 - ¿Cómo es el trato?
 - ¿Cómo se manifiestan diferentes sentimientos?
 - Miedo
 - Afecto-amor
 - Tristeza
 - Enojo
 - Alegría
 - ¿Has tenido pareja? ¿Cuántas relaciones has tenido? Háblame de tu primera relación (¿Qué esperabas? ¿Cómo fue?) Estas preguntas se plantearon para cada relación que ha tenido y hasta la actual o última.
 - ¿Qué esperas de una relación de pareja?
 - ¿En qué se parecen y en qué son diferentes las relaciones de pareja que has tenido?

5.5 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para comprobar la validez y confiabilidad de los instrumentos para la recolección de información se realizó el siguiente procedimiento:

[†] Merton y Kendall (1946) proponen la entrevista enfocada o centrada. Ésta combina la profundidad y la libertad de las entrevistas no estructuradas con características de entrevistas estructuradas. Se recomienda usarla cuando se sabe que el entrevistado vive o vivió una situación particular. El entrevistador asume una posición directiva hacia el tema de interés, las respuestas pueden ser más libres, pero si el entrevistado se aleja de la temática el entrevistador lo regresa al 'foco' de interés.

- Revisión metodológica por expertos en los temas de violencia y equidad de género, metodología cualitativa.
- Piloteo del grupo focal con un grupo similar al que se planteó en la muestra.
- Piloteo de la entrevista centrada con una persona (mujer u hombre adolescente), la cual se transcribió parcialmente para aplicar el procesamiento y análisis planteado.
- Ajuste de instrumentos con base en la experiencia de aplicación.

La confiabilidad y validez de los paradigmas y metodologías cualitativas se relaciona con la descripción detallada y clara de elementos y fases que conforman el estudio. Es importante describir la población que participa en el estudio; el contexto de dicha población; el diseño de instrumentos para recabar datos; la selección de los participantes; la forma en que se realizó el procesamiento y análisis de datos.

No se evaluó la confiabilidad y validez del material discursivo de las personas entrevistadas, éste es auténtico y acorde con las realidades descritas por los entrevistados. Es decir, no se pone en 'tela de juicio' si lo que dicen los entrevistados es verdad o mentira, se asume que para ellos tiene sentido (o algún interés que haya que determinar) lo que se expresa. La tarea que se realizó en el proceso de análisis fue responder las preguntas: ¿Qué significan estos hechos para las personas entrevistadas? ¿Cuáles son las normas que rigen las conductas de las personas? y ¿Qué normas culturales hay en los discursos?

Fortino Vela menciona que la viabilidad y confiabilidad de datos cualitativos está en la conjunción de tres criterios.

- Legitimidad formal e informal del investigador.
 - La legitimidad formal "se demuestra en el medio académico o institucional mostrando el uso de la técnica para recolección de datos".⁴⁸ En este caso se hizo una prueba piloto que sirvió para la legitimidad formal.
 - La legitimidad informal "se logra en el campo de trabajo, convenciendo a los informantes de la seriedad e importancia de la investigación y lo valioso de su participación".⁴⁸ Para tal efecto se habló con las autoridades escolares para organizar una presentación en la escuela invitando a participar. Lo valioso de la participación se expresó a las personas que se acercaron y planteando la

seriedad, profesionalismo y protección con la carta de consentimiento informado.

- Empleo apropiado de la técnica. Se describe a detalle las características de las técnicas empleadas y se integró cualquier adaptación de las mismas.⁴⁸
- Calidad del rapport. Éste es un indicador de la calidad de la información que está obteniéndose en la entrevista misma.⁴⁸ Se realizó observación que dio cuenta de la forma en que se desarrolló este indicador con datos del diario de campo del investigador.

6. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento y análisis se realizó con base en el modelo propuesto por Huberman y Miles, mismo que Francisco Mercado ha usado en México en el campo de la salud y que define como Esquema Interactivo o de Aproximaciones Sucesivas. (Ver Figura 4.)

Para el procesamiento de las entrevistas se aplicaron los siguientes pasos:

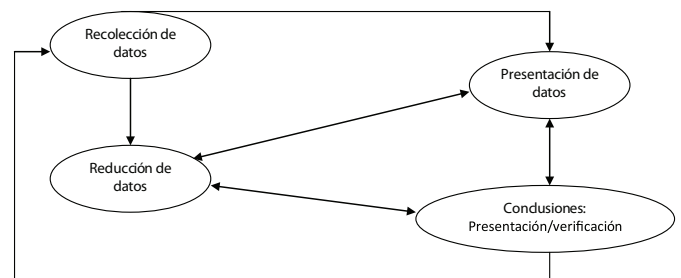
- Grabación en audio y video de las técnicas especificadas en la metodología.
- Las grabaciones en audio fueron transcritas para análisis de discurso contextual. Por ello se transcribió lo importante; se respetó la forma en que la gente habla; no se tomaron en cuenta muletillas o silencios a menos que fuera significativo para el contexto y la misma información, de tal manera se obviaron las muletillas transcribiendo de manera sencilla lo que sucedió en la entrevista (para tal efecto se tuvo apoyo de la observación y del diario de campo).
- El material transcrito se identificó con las características del grupo o sujeto entrevistado (sexo, edad, nombre ficticio).
- Codificación. Se hizo una lectura completa del material. Se elaboraron carpetas de acuerdo con las categorías establecidas inicialmente (relación de pareja, violencia de género, estilo de relación controlador, pasivo, y no violento), en las cuales se transportó el material de las entrevistas según categoría (con la identificación de la persona y momento que lo expresa, fuera grupo focal o entrevista biográfica). Se valoró el uso de un programa para procesar datos cualitativos.

7. ANÁLISIS DE DATOS

Se usó el modelo de Huberman y Miles (Ver Figura 4), quienes mencionan que realizar las operaciones necesarias permite caminar por un proceso coherente y sistemático de recolección de datos, además de asegurar "(a) que los datos sean accesibles y de calidad; (b) la documentación para saber exactamente cuáles análisis se han llevado a cabo; y (c) la retención de datos y análisis relacionados después de terminado el estudio".⁴⁹

Los autores proponen tres subprocesos vinculados entre sí (reducción de datos, su presentación y conclusiones/verificación) que ocurren desde antes de la recolección de datos, durante el diseño y planeación del estudio; durante la recolección de datos (cuando se realizan los primeros análisis); y después de la recolección de datos cuando se elabora y termina el producto final.

Figura 4. Modelo de Huberman y Miles para el análisis cualitativo de datos.



Fuente: Huberman M y Miles M. *Métodos para el manejo de análisis de datos*. 2000.

En la reducción de datos se tiene gran número de datos cualitativos; éstos se reducen al elegir el marco conceptual, el planteamiento de preguntas temáticas de investigación, los casos y los instrumentos.⁴⁹

En la presentación de datos se realiza un ensamble organizado y reducido de información; permite llegar a conclusiones y/o realizar acciones. La información se presenta en esquemas, modelos y mapas conceptuales.⁴⁹

Para la elaboración y verificación de conclusiones se determinan significados a partir de los datos. En esta fase se hace lo que Clifford Geertz llama la descripción densa, dando significado a los modelos, mapas o esquemas de datos; es decir, interpretar los resultados a la luz de los planteamientos teóricos y conceptuales iniciales.⁵⁰

Para el análisis de las transcripciones se usaron análisis del discurso y análisis hermenéutico-dialéctico. A continuación se presentan las características de cada uno.

- **Análisis del discurso.** María Cecilia de Souza refiere que “el objetivo básico es realizar una reflexión general sobre las condiciones de producción y aprehensión de la significación de textos producidos... comprender el modo de funcionamiento, los principios de organización y las formas de producción social del sentido”.⁵¹

En el marco de este análisis, el material discursivo (lenguaje y su organización) se encuentra ligado a la ideología y los procesos de producción se pueden inferir por medio de este material. Este análisis

*Busca problematizar las formas de reflexión establecidas. Puede situarse como objeto teórico... pretende ser una teoría crítica que trata de determinación histórica de los procesos de significación; considera como hecho fundamental la relación necesaria entre lenguaje y el contexto de su producción.*⁵¹

Sabiendo que el texto es portador del contexto situacional, se busca especificidad, de esta forma se dirige menos a la interpretación del discurso que a la comprensión de su proceso productivo.⁵¹

El texto es la unidad de análisis (unidad compleja de significaciones); es el discurso acabado para fines de análisis. La autora señala que en el texto es posible analizar tres dimensiones de argumentación:

*a) Relaciones de fuerza (lugares de fuerza y posición relativa del locutor y del interlocutor); b) relación de sentido (la relación existente entre éste y varios discursos-el coro de voces que se esconde en su interior); y c) relación de anticipación (la experiencia antes proyectada del locutor en relación al lugar y a la reacción de su oyente).*⁵¹

Los silencios también representan condiciones de producción y debe ponerse en el contexto social de las ideologías, éstos también revelan a la(s) persona(s) que los emite.

- **Análisis hermenéutico-dialéctico.** En el mismo documento María Cecilia de Souza refiere las características del análisis hermenéutico-dialéctico. Al respecto dice “la hermenéutica es la búsqueda de la

comprensión de sentido que se da en la comunicación entre seres humanos: ser que puede ser comprendido en lenguaje, el lenguaje ordinario de la persona común en su día a día”.⁵¹

Para representaciones sociales es propicio este análisis, tomando en cuenta que el estudioso del texto “tiene que aclarar para sí mismo el contexto de sus entrevistados o sus documentos... el discurso expresa un saber compartido con otros, desde los puntos de vista moral, cultural y cognitivo”.⁵¹ Así, el estudioso tiene que juzgar el discurso y tomar posición ante éste (por ejemplo, estar de acuerdo no) y tener claro que en el trabajo de interpretación no existe la última palabra.

Se dice que el ‘analista’ logró coincidir con el contexto del ‘autor’ del discurso, si la interpretación estuvo acompañada con la expectativa de que el ‘autor’ estaría de acuerdo con lo expresado por el ‘analista’.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lamas M (compiladora). El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. 1ª Edición. México: Miguel Ángel Porrúa; 1996. Pág. 9
2. Martínez I, Bonilla A. Sistema sexo-género: Identidades y construcción de la subjetividad. Valencia (España): Universidad de Valencia; 2000. P. 55
3. Saltzman J. (Traducción María Coy) Equidad y género, una teoría integrada de estabilidad y cambio. Universidad de Valencia. 1992 P 93
4. Rubin G. El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo. Rev. Nueva antropología. [periódico en la Internet]. 1986 [consultado 22 Sep 2008]; vol VIII (no.30): 95-145. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/159/15903007.pdf> P. 96.
5. Lamas M. Aspectos sociales y culturales del aborto en México. Conferencia el 27 de noviembre de 2008, II Congreso Nacional de Medicina Social y Salud
6. Ibáñez T. Introducción a la Psicología social. España: Universitat Oberta de Catalunya; 2004. Pag. 120
7. Lagarde M (generadora). Acerca del amor – las dependencias afectivas. Valencia (España): Associació de Dones Joves P. V.; 1999. P. 10-12

8. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Suscrita en el XXIV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, Belém do Pará, Brasil, Junio 6 -10 1994). Convención (6-10 de junio de 1994). Disponible en: <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/legislacion/internacionales/ConvencionBelenDoPara.pdf>
9. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación (1° de febrero de 2007). Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
10. Instituto Nacional de las Mujeres. Glosario de género. 1ª Ed. México: Inmujeres; 2007. Pág. 60.
11. Díaz-Aguado MJ. Juventud y violencia de género. Jornadas de coordinación de defensores del pueblo. 2005 [consultado 22 Feb 2009]. Disponible en http://turan.uc3m.es/sija/orientacion/mujeres/documentos/violencia_juventud.pdf
12. Moscovici S. Psicología social, II. 2ª reimpresión. Traducido por Rosenbaum D. Barcelona (España): Paidós Ibérica; 1991. Pag. 473, 475, 481-483, 486
13. Peña J, Gonzáles O. Las aplicaciones de una tradición: Lo cualitativo como espacios de ideas. En Tarres L. Observar, escuchar y comprender. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2001. Pag. 331
14. Martín A. Antropología del Género - culturas, mitos y estereotipos sexuales. Valencia (España): Universidad de Valencia - Instituto de la Mujer; 2006. P. 56, 237
15. Páramo ML. Uso de estrategias comunicativas de género en adolescentes. En Vigara AM, Jiménez RM (editoras). 'Género, sexo, discurso. Madrid (España): Ediciones del Laberinto; 2002. Pag. 316
16. Moscovici S. Psicología social I. 2ª reimpresión. Traducido por Rosenbaum D. Barcelona (España): Paidós Ibérica; 1991. Pag. 19
17. Ibáñez T. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona (España): Sendai; 1988. Pag 41.
18. Barrios D. Resignificar lo masculino. Vila Editores, 2003. México. Pag 49
19. Ochoa IA. El mito de la pareja-pareja. Pag 6-7. Rev. Violeta – Por una cultura de la equidad. Revista trimestral del Instituto Estatal de las Mujeres – Nuevo León. Año 2, no. 7 septiembre 2005
20. Rodríguez G, de Keijzer B. La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinos y campesinas. México: Libros para todos, Population Council, Inc, EDAMEX; 2002. pag 42.
21. Brehm SS. Las relaciones íntimas. En Moscovici Serge. Psicología social, I. 2ª reimpresión. Traducido por Rosenbaum D. Barcelona (España): Paidós Ibérica; 1991. Pág 221-3
22. Leytón D, Hurtado M. Actitudes frente a situaciones de violencia de pareja en jóvenes de colegio de la ciudad de El Alto. Ajayu. 2005 [citado 9 Nov 2008] III (2):1-23. Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%203.2/atriculos/Resumen%20Leyton-Hurtado.pdf>
23. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979. Convención suscrita por México y publicada en el Diario Oficial de la Federación (12 de mayo de 1981). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf
24. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Suscrita en el XXIV Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, Belém do Pará, Brasil, Junio 6 -10 1994). Convención (6-10 de junio de 1994). Disponible en: <http://observatoriodeviolencia.ormusa.org/legislacion/internacionales/ConvencionBelenDoPara.pdf>
25. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 2008. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación (5 de febrero de 1917). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
26. Ley General de Salud de 2008. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación (7 de febrero de 1984). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

27. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. 1ª Edición. México: La Secretaría; 2007 Disponible en http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
28. Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación (1º de febrero de 2007). Disponible en: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
29. Constitución Política del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave 2007. publicada en la Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno Constitucional del Estado de Veracruz-Llave (25 de septiembre de 1917) Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/VERACRUZ/Constitucion/VERCONST01.pdf>
30. Ley número 235 de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Ley publicada en la Gaceta Oficial Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (28 de febrero del año 2008). Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/VERACRUZ/Leyes/VERLEY120.pdf>
31. Sánchez AR, Solís MJ. Estudiantes universitarios: Percepción y vivencias de La sexualidad. 2006-2008 [consultado 2 octubre 2008]; 1-10 Ponencia en el IX Congreso Nacional de Investigación Educativa (memorias) Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at16/PRE1178980441.pdf>
32. Villaseñor-Farías M, Castañeda-Torres J. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: Análisis de significados en adolescentes. Rev. Sal Pub Mex [periódico en la Internet]. 2003 [consultado 14 Sep 2008]; 45 supl 1: S44-S57. Disponible en: http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/Junio_PDF_Salud%20Reproductiva.pdf
33. Urrea F, Botero W, Herrera HD y Reyes JI. Afecto y elección de pareja en jóvenes de sectores populares de Cali. Rev. Estud. Femin. [periódico en la Internet] 2006 Ene-Abr [citado 9 Nov 2008] 14(1): 117-48. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n1/a08v14n1.pdf>
34. Grimberg M. "Saber de SIDA" y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. Cad. Saúde Pública [periódico en la Internet]. 2001 Jun [citado 2008 Ago 27]; 17(3): 481-489. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4632.pdf>
35. Yon C. Género y sexualidad: Una mirada de los y las adolescentes de Lima. Lima (Perú): Movimiento Manuela Ramos; 1998. P. 13-14, 26
36. Oliveira DC, Gomes AM, Marques S, Thiengo MA. "Pegar", "ficar" e "namorar": representações sociais de relacionamentos entre adolescentes. Rev. bras. enferm. [periódico en la Internet]. Oct 2007 [consultado 14 Sep 2008]; 60(5): 497-502. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a03.pdf>
37. Araújo M, Godoy RM. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. Rev. esc. enferm. USP [periódico en la Internet]. Dic 2006 [consultado 14 Sep 2008]; 40(4): 469-76. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v40n4/v40n4a03.pdf>
38. Moreno M, Sastre G, Hernández J. Sumisión aprendida: un estudio sobre la violencia de género. Anuar Psicol. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona 2003 [consultado 11 feb 2009] 34(2):235-51 Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61738/88523>
39. Lincoln C. y Berlinguer G. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En OPS. Desafío a la falta de equidad en la salud: De la ética a la acción. Washinton C.C. 2001. P. 39-40
40. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Informe publicado (18 de octubre de 1994). Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>
41. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud - Resumen. Washington D.C. (E.U.A.): Las organizaciones; 2002. pag. 1-2, 4, 6, 17-18

42. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 4: La violencia en la pareja. Washington D.C. (E.U.A.): Las organizaciones; 2002. p. 97-99
43. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo C, Wade H, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* [periódico en la Internet]. 2000 Ago [citado 2008 Oct 04]; 8(1-2): 126-34. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf> P. 130-32.
44. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática – Instituto Nacional de las Mujeres (Mex). *Mujeres y hombres en México 2008*. México: Los Institutos; 2008. P. 374-375, 377
45. Instituto Mexicano de la Juventud -Secretaría de Educación Pública. *Encuesta nacional de violencia en las relaciones de noviazgo 2007*. México 2008. P. 14-15.
46. Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto Veracruzano de las Mujeres. *Encuesta La Violencia en las Relaciones de Noviazgo-Pareja y los Riesgos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Jóvenes Normalistas del Estado de Veracruz (2008)*. Veracruz (México): Los institutos; 2008.
47. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. 2ª ed. En esp. Traducción Tomás de Amo. Madrid (España): Ediciones Morata; 2007. Pág. 32
48. Vela F. Un acto metodológico básico de la investigación social. En Tarrés ML, coordinadora. *Observar, escuchar y comprender – sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. 1ª reimpresión. México: FLACSO México, El Colegio de México, Miguel Ángel Porrúa; 2004. pág. 89-90
49. Huberman AM, Miles MB. Métodos para el manejo y el análisis de datos. En Denman CA, Haro JA (compiladores). *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Sonora (México): El Colegio de Sonora; 2000. págs. 254-56
50. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. España: Gedisa; 2001. págs. 19-40
51. Souza MC. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Barraza JF, traductor. Argentina: Lugar Editorial S.A.; 2004. pag. 177-80, 185

LA CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD Y SUS EXPRESIONES EN LA SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES

Francisco Contreras Sánchez, Benno de Keijzer Fokker, Luis Alberto Ayala Monroy

INTRODUCCIÓN

Realizar investigación en temáticas como la adolescencia, la sexualidad y las masculinidades no es tarea simple dado que cada uno de estos temas por sí mismo constituye un campo de estudio.

Diversas disciplinas han realizado análisis específicos de los mismos, en especial de las Ciencias Sociales, lo que no los hace exclusivos a dicho campo. Hasta hace muy poco se comenzaron a incluir temas como la sexualidad y las masculinidades en el área de la salud, buscando conocer mejor aquello que afecta el "bienestar integral" de la población masculina en las diferentes etapas de su vida.

Las instituciones de salud han incorporado poco a poco a la atención de la población aquello que las investigaciones han revelado. Se promueven servicios especializados, amigables y acordes con las necesidades de esta población atendida por dichos servicios.

Una de las estrategias que se ha tratado de fortalecer es la parte comunicacional de los programas de salud, que van desde la difusión de las acciones institucionales, las informativas, la promoción de la salud y los procesos educativos buscando un impacto preventivo en la población que atiende, reducir los daños a la salud y optimizar los recursos.

En cuanto a la población adolescente, los Servicios de Salud de Veracruz (SEVER) cuentan con el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA), encargado de atender a este sector de la población desarrollando acciones comunicacionales de carácter preventivo.

El presente documento tuvo como objetivo servir de protocolo de investigación para la elaboración del trabajo recepcional (tesis) para la obtención del grado de Maestro en Salud Pública, en el Área Disciplinar Comunicación en Salud. El tema abordado fue: "La

construcción de la masculinidad en varones adolescentes y su relación con las prácticas en su salud sexual".

Para el abordaje de dicho tema se realizó una investigación de corte cualitativo, con la que se obtuvo información desde el discurso social de la población adolescente que permitiera conocer cómo la construcción de la masculinidad se relaciona e influye en el ejercicio de la sexualidad.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 Marco Teórico

Como parte de la construcción de la propuesta de investigación se revisó una serie de temáticas que trataron de fundamentar la presente propuesta de investigación. A continuación se presenta la revisión teórica, en la que se abordan temas como: las masculinidades, la sexualidad, las representaciones sociales y la comunicación.

1.1.1 Masculinidades

La exploración de las masculinidades dentro del campo de la investigación es relativamente joven. Los estudios sobre la masculinidad adquirieron presencia en los años noventa y es a principios del nuevo siglo que alcanzan el punto que los mantiene actualmente en un lugar importante en cuanto a los estudios de género. Tampoco se desvaloriza lo que se ha logrado desde la perspectiva de las mujeres de los sesenta hasta los ochenta, como nuevas formas de analizar las relaciones entre hombres y mujeres. Ellas iniciaron el análisis de éstas al cuestionar las diferencias existentes en las formas de educar a unas y a otros, para posteriormente profundizar en elementos importantes en la construcción de relaciones como los derechos civiles, ciudadanos, laborales, sexuales y reproductivos.

Ya en 1792, Wollstonecraft¹ planteó en su libro *La Vindicación de los Derechos de la Mujer*, como respuesta

a la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* de 1789, que en ese momento histórico en Francia no se consideraba a la mujer como una persona sujeta de derechos. De igual manera, en sus críticas al sistema contemporáneo enfatizó que la situación de las mujeres está condicionada por la educación, argumentando que ésta debería ser igual tanto para hombres como mujeres, pues a la mujer sólo se le formaba para el matrimonio y la procreación. También puso de manifiesto la necesidad de dejar de ver a las mujeres como meros adornos de la sociedad o propiedades con las que se comercia para el matrimonio y sostiene que son seres humanos que merecen los mismos derechos fundamentales que el hombre.

En el siglo XX, las ideas revolucionarias de Simone de Beauvoir expusieron las inequidades entre hombres y mujeres, en las que las segundas están en desventaja. Propone que la mujer es producto de la cultura más que de la biología y se construye de manera social, siendo definida respecto de algo (madre, esposa, hija, etc.) y, al igual que su antecesora, retoma la educación como eje en la construcción de lo "femenino" con la capacidad de ser transformado.

Lo propuesto por Beauvoir vislumbra que entre hombres y mujeres existen diferencias, las cuales no sólo son de tipo biológico también incluyen elementos culturales que van definiendo a las personas. Con esto se da una ruptura con lo que se creía que las diferencias entre hombres y mujeres estaban focalizadas en las diferencias biológicas (sexo) y se reconoce que en la construcción de las identidades masculina o femenina (género) se ven incluidas, además de lo genético, las estrategias de poder, elementos simbólicos, psicológicos, sociales y culturales.²

Con el feminismo en el siglo XX hubo movimientos que van desde la búsqueda de igualdad de derechos entre mujeres y hombres como el derecho al voto, al trabajo y a estudiar, principalmente. Así como la lucha por el reconocimiento de la diferencia entre géneros; es decir, lograr que tanto a hombres y a mujeres les sean reconocidas sus necesidades específicas y con igualdad de oportunidades.

Es entre los ochenta y noventa que se empieza a dar reconocimiento a la contribución feminista y se logra impactar en procesos sociales, desde las políticas públicas; para el caso de México se crea el Instituto de la Mujer en 1983.³ La inclusión de los varones tanto en los estudios como en las acciones institucionales se va delineando

desde una participación más al margen con relación a las mujeres, hasta ser centro de atención de los mismos.

Así aparece la masculinidad como elemento de estudio, la cual se entiende como los **estudios que reflexionan sobre la forma en que los hombres llegan a ser hombres**. Los primeros abordajes de la masculinidad fueron desde la Antropología, los cuales dejaron de lado las relaciones de poder que se establecen entre hombres y mujeres. Mientras los estudios que surgen a partir del feminismo retoman como eje central de análisis la violencia ejercida por parte de los hombres hacia las mujeres.

Guttman⁴, en su revisión de literatura acerca de investigación antropológica, menciona la existencia de cuatro formas distintas de definir y usar el término de masculinidad:

- Desde la **identidad masculina**, considerándola como todo lo que los hombres piensen y hagan.
- Desde **la hombría**, considera a la masculinidad como todo lo que los hombres piensen y hagan para ser hombres.
- Desde **la virilidad**, algunos hombres, inherentemente o por adscripción son considerados "más hombres" que otros hombres.
- Desde **los roles masculinos**, subraya la importancia central y general de las relaciones masculino-femenino, de tal manera que masculinidad es cualquier cosa que no sean las mujeres.

Igualmente plantea que la mayoría de los hombres durante gran parte de sus vidas perciben sus identidades masculinas a partir de las comparaciones y los contrastes que se hacen con las identidades femeninas.

Para el autor, además de marcos de referencia conceptuales diferentes, existen dos enfoques temáticos distintos en el estudio antropológico de la masculinidad.

- Los que se ocupan de los hechos relacionados de manera exclusiva con hombres;
- Otros que incluyen descripciones y análisis de las mujeres como parte integral de estudios más amplios de lo varonil y de la masculinidad.

Incluir en las investigaciones la postura de las mujeres en los estudios de la masculinidad, es uno de los elementos que destaca Guttman, dado que ellas aportan elementos importantes en cuanto a las experiencias que han tenido al relacionarse con ellos

Las masculinidades se desarrollan y transforman, pierden significado si no se relacionan con las mujeres y las identidades y prácticas femeninas en toda su diversidad y complejidad correspondientes.

Asimismo, resalta los avances en los estudios de género dirigidos a mujeres, mencionando que los referentes a hombres están rezagados. Por ello, propone que ambos abordajes deben ser “desarrollados y nutridos” como algo integral, con la intención de entender diferencias y similitudes.

Núñez,⁵ en su análisis sobre los hombres, trata de clarificar y entender que no existe universalidad en los conceptos “hombres” y “masculinidades”; también destaca la importancia de las contribuciones del feminismo, considerándolo como una “*intervención revolucionaria en un sistema que limita las posibilidades de pensar y conocer lo real, incluyendo las de pensar y conocer la realidad de la situación de opresión, segregación o dominación que viven las mujeres*”.

Su análisis está encaminado a la reflexión de los abordajes en los estudios de género. Para esta tarea plantea:

La relación dada desde el feminismo con los hombres como objeto de estudio ha dejado fuera algunas voces, pues a partir de una búsqueda para interpretar la exclusión de la que son objeto las mujeres de parte de una cultura hegemónica (dominada preferentemente por hombres), tiene como resultado otro tipo de exclusión en la que quedan fuera una diversidad^a de formas de ser hombre.

Hace explícita que la manera en que se suele abordar el estudio de los hombres desde el feminismo busca que se haga bajo el punto de vista de las mujeres, lo cual, llevándolo al estudio de los hombres, “es una concepción pobre de los procesos sociales y subjetivos en la experiencia de *hacerse hombres* generando exclusión”.

En la construcción de las masculinidades, Ramírez⁶ expone dos perspectivas teóricas. La primera plantea la masculinidad como un proceso de relación entre estructuras sociales y las prácticas que de éstas se posibilitan.

^a Entendiendo como diversidad masculina los diferentes tipos de hombres que existen, en relación con nivel económico, edad, identidades, preferencias sexuales, entre otras características.

- **Relaciones productivas** son estructuras que llevan a los sujetos a desarrollar determinados trabajos. Existen desventajas entre mujeres y hombres, las cuales ponen de manifiesto la exclusión de ellas en actividades en que se logre prestigio e incluso mayor poder adquisitivo.
- **Relaciones de poder** entre los géneros y de manera especial entre los hombres, dado que éstas respaldan la hegemonía de la masculinidad, dejando a las mujeres en ámbitos tendencialmente domésticos.
- **Relaciones de *cathexias***^b, que son las dimensiones emocional, erótica, sexual y no biológica, estructuradas socialmente y donde hay relaciones afectivas u hostiles.

Estas relaciones van construyendo las masculinidades y dan lugar a su diversidad.

La segunda perspectiva teórica tiene que ver con la masculinidad como dominación, en la que el autor recupera el concepto de Dominación masculina, propuesto por Bourdieu, un proceso que contribuye a la reproducción social, enfatizando la existencia de diversas formas, tipos o variantes de dominación (que permite a un sujeto adquirir una posición dominante y para que ésta se presente, debe haber todo un trabajo).

De Keijzer⁷ menciona que la inclusión de los hombres en determinados ámbitos de la vida como: “la relación de pareja, la sexualidad, la reproducción y la paternidad se nos siguen ofreciendo como una excepcional oportunidad para la reflexión, el placer y el cambio”. Destaca que algunas de las ventajas con las que cuenta el varón a lo largo de la vida respecto de la socialización de su masculinidad pueden volverse un costo para su salud, entre ellas la sexualidad. Ésta engloba riesgos por las prácticas que se dan a partir de la vivencia, en la que se trata de mostrar hombría ya sea desde la iniciación sexual o de la siempre presente disposición a tener relaciones sexuales.

Retomando las exclusiones de las que habla Núñez, existe una más de la que los hombres han sido objeto: experiencia reproductiva. Figueroa⁸ menciona que a partir de los Derechos Reproductivos vinculados al feminismo como elemento de reivindicación de los derechos de las mujeres y de autodeterminación en cuanto a la reproducción, se deja fuera a los hombres, pues políticas, acciones, incluso discursos son desarrollados hacia las mujeres como sujetos de derecho.

^b La construcción de deseo, la objetivación del deseo en su más extensa expresión, incluyendo al deseo sexual.

Al hombre se le exigen sus obligaciones, lo cual debe ser en un proceso equitativo.

Sintetizando, es importante reconocer y abordar el estudio de las masculinidades y de la sexualidad desde un punto de vista que incluya la construcción social de las formas de ser hombre, con la finalidad de no excluir a esos hombres que no forman parte de las formas tradicionales.

Incluir la participación de las mujeres en estudios como el presente es de gran importancia, pues ellas desde su experiencia en sus relaciones con varones aportan elementos importantes de la construcción de la masculinidad.

1.1.2 Sexualidad

En el ámbito de la sexualidad se han realizado abordajes desde diversas disciplinas, lo que ha derivado que determinen las posturas sobre ésta en cuanto a conformación, estructuración, prácticas y determinación. Estas características son ejercidas de manera diferenciada entre hombres y mujeres, dependiendo de la cultura que se trate. En ese sentido se utilizó un modelo teórico que abordara la sexualidad desde una postura integral, viéndola a partir de un conjunto de elementos.

Rubio,⁹ basándose en la Teoría General de Sistemas^c, propone que con ella se pueden realizar estudios analíticos de la sexualidad en los ámbitos biológico, psicológico y social, no excluyendo a alguno y a la vez contribuyendo a una visión más amplia de la sexualidad al permitir la integración de abordajes multidisciplinarios e interdisciplinarios.

Plantea: "la sexualidad puede (y necesita) ser estudiada con métodos de la biología, la psicología, la sociología, la antropología y por otras disciplinas humanísticas para que nos aproximemos a un conocimiento integral, pero también se necesitan conceptos que permitan trasladarnos de un nivel de estudio a otro".

Propone que "la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que

dan origen a cuatro holones^d o subsistemas sexuales. Éstos son:

Reproductividad: "La posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad."

Género: "La serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias."

Erotismo: "Son los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de sus vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias."

Vinculación socio afectiva: "Se entiende como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan."

La integración de los elementos centrales en la propuesta de Rubio, se entiende como que un elemento no puede ser abordado o representado de manera aislada al depender directamente de los otros elementos. En la sexualidad la integración se presenta gracias a los significados de las experiencias, producto del sentido y del afecto a lo que la persona o el grupo vive como resultado de los diferentes holones. Lo que hace que la vivencia de la sexualidad se dé de manera compleja y se debe a las significaciones que se le otorgan a cada una de las potencialidades y a su interacción de manera integral.

1.1.3 Representaciones Sociales

La diversidad de formas de ser hombres puede recuperarse a partir de las diferencias y las similitudes que se encuentran en las Representaciones Sociales que se tiene de la construcción de la masculinidad y en el ejercicio de la sexualidad, ya que en éstas se encuentran elementos sociales, ideológicos culturales y psicológicos.

^c Que propone principios de funcionamiento y características de sistemas que se encuentran presentes en todos los niveles, lo que permite su aplicabilidad de manera vertical.

^d Arthur Koestler propone que se les denomine holones a los sistemas que interactúan y que forman parte de un sistema más complejo.

Es importante mencionar que las representaciones sociales retoman dos antecedentes.¹⁰ El primero se basa en el concepto de Representaciones Colectivas desarrollado por Durkheim, quien plantea que la representación colectiva es una matriz en la que las personas construyen las representaciones individuales. El segundo es el Interaccionismo Simbólico, de G. Mead, quien propone el concepto de self (sí mismo). Éste es la capacidad de considerarse como objeto, dentro de un proceso social (la comunicación entre las personas). A través de la reflexión es cómo se puede poner el sujeto en el lugar de otros y actuar como lo harían ellos.

Blumer establece tres premisas del Interaccionismo Simbólico:

- Las personas actúan sobre los objetos a partir de las significaciones que tienen de éstos.
- La significación de estas cosas deriva de la interacción social que la persona tiene con otras.
- Las significaciones se emplean para interpretar las cosas y se modifican a través de la relación que existe entre la persona y las cosas.

Moscovici¹¹ define las representaciones sociales como una modalidad particular del conocimiento; su función es la elaboración de los comportamientos y la **comunicación** entre las personas. Las representaciones son un corpus de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las cuales las personas hacen inteligible la realidad física y social; se integran en un grupo o en relaciones cotidianas de intercambios (relaciones personales).

Jodelet¹² propone que éstas incluyen la manera en que las personas aprenden en la vida diaria; las características del medio ambiente; las informaciones que se dan en éste; así como las personas con las que se establecen relaciones de manera cercana o lejana, haciendo del conocimiento una tarea que se construye en la interacción y que se comparte.

Farr¹³ enfatiza en su abordaje que las representaciones sociales aparecen cuando las personas debaten temas de interés mutuos o si se presentan acontecimientos que se consideren significativos por quienes controlan los medios de comunicación, cumpliendo una doble función: "hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible sea perceptible". Define a las representaciones sociales como:

Sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca

de, "imágenes de" o "actitudes hacia", sino "Teorías o ramas del conocimiento" con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas y valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Ibáñez,¹⁴ en su análisis de las representaciones sociales menciona que son un proceso de construcción de la realidad, dándole un doble sentido a dicha afirmación:

- a. Las representaciones sociales forman parte de la realidad social, contribuyen a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos.
- b. Las representaciones sociales contribuyen a construir el objeto del cual son una representación.

Con intención de clarificar lo anterior, el autor aborda las fuentes de información que construyen las representaciones, partiendo del "fondo cultural común" que ha acumulado la sociedad. Menciona que está compuesto por creencias compartidas, valores básicos, referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y hasta la identidad de la sociedad. Esto hace que las condiciones económicas, sociales, históricas que caracterizan a una sociedad, así como el sistema de creencias y valores existentes, determinen las representaciones sociales.

De igual manera menciona que las representaciones sociales cuentan con fuentes específicas que provienen de sus mecanismos de formación, de lo cual se destaca:

- La objetivación se refiere a la forma en que saberes e ideas sobre determinados objetos forman parte de las representaciones sociales.
- El anclaje da cuenta de cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de representaciones sociales y de cómo intervienen los esquemas ya constituidos en la elaboración de nuevas representaciones.
- Las prácticas sociales relacionadas con las diversas modalidades de la comunicación social.

Es necesario enfatizar que la tercera fuente de determinación de las representaciones sociales es un elemento de suma importancia, pues al hablar de representaciones sociales de la masculinidad en adolescentes se deben tener en cuenta las formas de comunicarse de manera interpersonal entre esta población. Se subraya que este tipo de comunicación se convertirá en el camino para llegar a entender cómo se construye la masculinidad en ciertos sectores de adolescentes.

1.1.4 Comunicación

La comunicación como tal ha sido abordada por diversos enfoques, desde el modelo telegráfico propuesto por Shannon y Weaver, además de diferentes posturas y formas de entenderla. Marc y Picard¹⁵ desde un modelo sistémico definen la comunicación como el “conjunto de elementos en interacción en donde toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos”.

La Escuela de Palo Alto estudió los procesos de comunicación, siendo uno de sus aportes los principios de la comunicación:

1. El principio de totalidad. Un sistema no es la suma de elementos, posee características propias y diferentes de los elementos que lo componen, tomados por separado.
2. El principio de causalidad circular. Cada una de las partes está vinculada con otras; el comportamiento de una afecta a las demás.
3. El principio de regulación. La comunicación obedece reglas y normas.

Con lo propuesto por Marck y Picard, así como con los principios de la Escuela de Palo Alto se tiene una visión de la comunicación mediada por la interacción, que a través del lenguaje permite la socialización al adaptarse y comprender su entorno.

Cáceres¹⁶ menciona que los procesos de la comunicación humana abarcan dos tipos: aquellos en los que existe mediación tecnológica y los no mediados tecnológicamente, es el caso de la comunicación interpersonal, caracterizada porque los sujetos son accesibles el uno al otro, compartiendo espacio y tiempo, además de cobrar importancia aspectos personales y la situación en la que se da la comunicación.

El discurso se considera un fenómeno práctico, social y cultural por lo que es un elemento fundamental en la comunicación; quien utiliza el lenguaje a través del discurso realiza actos sociales y participa en la interacción social. Este tipo de interacción se presenta en diversos contextos y es a partir de ésta con otras personas, ya sea en reuniones formales e informales, encuentros institucionales, escolares, entre otros, lo que nos coloca en situaciones en las que el lenguaje permite construir o consolidar las identidades y los roles y a su vez al transmitirlos en los discursos los ponen de manifiesto.

lñíguez¹⁷ considera que el discurso es sobre todo una práctica social, pues no es considerado una representación o un reflejo de los procesos sociales, si no que resalta el carácter constitutivo.

Las personas utilizan el lenguaje para construir y fortalecer roles e identidades, que influyen en las relaciones interpersonales. Para realizar un análisis que busque vincular el discurso social con las interacciones sociales se emplean cuatro conceptos:

Acción. El discurso es una actividad humana controlada, intencional y con un propósito, la cual tiene propiedades diferentes. Las intenciones y los propósitos del discurso suelen describirse como representaciones mentales; se consideran relevantes socialmente al manifestarse en acciones (actividad social). Si alguien interpreta tales discursos, a partir de esta interpretación pueden asignarse atributos a las personas.

Contexto. Se considera la estructura de aquellas propiedades de la situación social que son relevantes para el discurso. Un análisis del discurso social debe tomar en cuenta el contexto como parte de una realidad social en la que se desarrollan las personas que estructuran el discurso; de igual manera se debe tener en cuenta que no todos los elementos de una situación social pueden considerarse parte del contexto. Un elemento de suma importancia son las personas y los roles que desempeñan; también se considera que para ciertas situaciones existe relevancia con algunos atributos como género, edad, clase social, educación, posición social, filiación étnica y profesión. Este análisis debe incluir elementos de la situación social, tales como tiempo, lugar o posición del hablante, entre otros, que de alguna manera influyan en el contenido del discurso.

Poder. Tanto la acción como los contextos del discurso poseen participantes que pertenecen a diferentes grupos

sociales, en los que el poder es esencial en el estudio de las relaciones de la interacción social. Se entiende el ejercicio del poder como el control que ejerce un grupo o persona hacia otro con la intención de hacerle perder o limitar la libertad.

Existen tres formas de ejercer el poder: a) Coerción, basada en la fuerza física o institucional; b) Control exclusivo de los recursos necesarios y c) Control de la mente de los dominados, vinculado al discurso público y a los medios masivos de comunicación.

Ideología. Las ideologías también establecen vínculos entre el discurso y la sociedad, entendiéndolas como la base del sistema de creencias sociales generales y abstractas, compartidas por el grupo, que controlan y organizan el conocimiento y las opiniones específicas del grupo.⁹

Lewin propone que la pertenencia al mismo grupo social implica la existencia de interrelaciones concretas y dinámicas entre las personas; menciona que los grupos bien organizados están compuestos por subgrupos, siendo la interdependencia lo que hace fuerte a un grupo.

Las relaciones sociales que se dan entre el individuo y el grupo son consideradas parte de la identidad, la cual se representa de manera simbólica sólo toma sentido dentro del contexto social al permitir la identificación de la persona en lo individual con el grupo marcando diferencias de otros grupos.

Las identidades se construyen con el tiempo y a través de las interacciones sociales. Es dentro de éstas que se refrendan o modifican, lo que las hace sujetas a procesos de cambio, lo que no lleva sólo a la sustitución de una identidad por otra nueva, sino a la reestructuración de las existentes con la inclusión de elementos que refuerzan.

Con lo antes mencionado se entiende cómo las masculinidades se van construyendo a partir de las representaciones sociales que se tienen de lo que es ser hombre y éstas van determinando las formas de actuar. Por ello la comunicación debe ser un elemento central en esta construcción y a partir de ésta conocer cómo la masculinidad afecta la salud de los varones adolescentes.

⁹ La autora menciona que un conjunto de personas constituye un grupo si comparten representaciones sociales (conjunto organizado de creencias socialmente compartidas, entre las que se cuentan conocimientos, actitudes e ideologías).

1.2 Marco Empírico

Al acercarse a procesos de investigación que fortalezcan el planteamiento del presente documento, existen ejemplos de estudios que retoman para su análisis la teoría de género vinculándola con la sexualidad adolescente. Pacheco y colaboradores,¹⁸ en su estudio "Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá", buscaron: "*Describir y comprender los significados que tiene la sexualidad en los adolescentes, y cómo se construyen e influyen en sus prácticas sexuales y salud reproductiva*".

En la investigación participaron adolescentes de ambos sexos, de entre los 10 y 14 años de edad y habitantes de tres zonas de la ciudad de Bogotá, de tres sectores sociales bajo las líneas de pobreza y clase media, durante el 2004. Para la obtención de la información se realizaron 20 grupos focales de aproximadamente dos horas de duración, con participación de entre seis y diez adolescentes, divididos en ámbitos escolares y no escolares. Esta información sirvió para un primer análisis.

De manera complementaria a los grupos focales se elaboraron 20 historias de vida, usándose los mismos criterios de selección que para los grupos focales. Para ambas técnicas se diseñaron guías tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Decisiones sexuales y reproductivas: conocimiento y percepción del cuerpo y decisiones sobre el mismo, igualdad de género, formación de la pareja, maternidad y paternidad, relaciones sexuales, información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva.
- Problemática de la salud sexual y reproductiva: embarazo, aborto, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, violencia sexual.
- Características sociodemográficas básicas: edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico.

Para el análisis se realizó un proceso hermenéutico con la finalidad de explorar los significados que tienen los adolescentes en hechos y experiencias en sexualidad y reproducción e identificar las principales determinaciones de orden social y cultural que influyen en la construcción de los significados. La interpretación se hizo desde una perspectiva teórica que supone que los adolescentes funcionan como agentes con capacidad de traducir sus circunstancias y de adaptarse a ellas, al tiempo que están insertos en un orden social que los influye.

Como resultado de este trabajo se afirma que la construcción cultural de las diferencias sexuales –el género– marca los significados que se dan a la sexualidad en los jóvenes participantes y establece formas de interactuar con su entorno social. En este caso los varones cuentan con la posibilidad positiva y placentera de vivir la sexualidad, enmarcada en un contexto que los impulsa a tener relaciones sexuales como forma de sustentar su masculinidad.

Una segunda investigación, la cual ya está centrada en la masculinidad, es la de Stern y colaboradores¹⁹ en su estudio "Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso en adolescentes de la Ciudad de México" y tuvo como objetivo: "Comprender cómo la construcción social y la expresión de la masculinidad entre los adolescentes y varones jóvenes se articulan con los riesgos para la salud sexual y reproductiva".

Adolescentes y varones jóvenes de dos contextos sociales de la ciudad de México (urbano marginal y urbano popular) fue la población seleccionada por las características de salud sexual y reproductiva. Se trabajó con tres grupos de edad: el formado por niños de 10 a 14 años, el de adolescentes de 15 a 19 años y el de varones jóvenes de 20 a 24 años.

La investigación se llevó a cabo en tres etapas. La primera consistió en la realización de grupos focales: tres en cada grupo de edad (18 en total) con una duración aproximadamente de dos horas con treinta minutos. La segunda fueron entrevistas individuales de aproximadamente dos horas y media, con informantes de cada uno de los grupos. La tercera y última fue la aplicación de una encuesta a 333 jóvenes.

Los resultados se dividen en dos secciones. En la primera se presentan las formas de entender la masculinidad según lo expresado por ellos mismos; además se rescatan los conceptos responsabilidad, hombría, intimidad, anticoncepción y salud sexual.

El modelo tradicional de masculinidad tiene como resultado que haya poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja y que, consecuentemente, el uso de medidas de protección se dé en muy raras ocasiones, exponiendo a los jóvenes a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al riesgo de transformarse en padres sin ser aún adultos. Las condiciones económicas en que viven dificultan que lleven a la práctica elementos centrales de su propio

concepto de masculinidad, como ser trabajador, proveedor y responsable, lo que pudiera traducirse en frustración, agresividad y violencia intrafamiliar.

La segunda sección aborda los resultados del estudio según sus categorías analíticas, establecidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para comprender los riesgos en relación con la salud sexual y reproductiva. Éstas son: masculinidad, sexualidad, pubertad, cuidado de la salud sexual y reproductiva, paternidad y fuentes de información.

Los jóvenes expresan creencias, estereotipos, ideas, prácticas y discursos, que sustentan una idea predominante desde lo "tradicional" sobre lo que es ser hombre; de igual manera se inician a temprana edad en el sexo para afirmarse como adultos. Se encontró que los jóvenes que participaron están poco y, en muchas ocasiones, mal informados sobre reproductividad, lo que los lleva a no utilizar métodos anticonceptivos.

Una tercera experiencia de investigación fue un estudio latinoamericano que realizó la Unidad de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes de la OPS²⁰ y que se reunió en la publicación *Hacerse hombres: La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*; el cual se llevó a cabo en nueve países (Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México y Nicaragua) simultáneamente, para entender mejor cómo la masculinidad se relaciona con las conductas de riesgo e identificar posibles intervenciones. El objetivo general de esos estudios fue:

proporcionar información de base para el desarrollo de políticas, programas y servicios efectivos para trabajar con los adolescentes y jóvenes varones de la Región, lo cual supone entender cómo la construcción social y la expresión de masculinidad por parte de éstos influyen en su salud sexual y reproductiva, como así también conocer la percepción que los proveedores de servicios de salud tienen de este tema y las actitudes con que se enfrentan a los adolescentes y jóvenes varones.

Este reporte contribuye al estudio de las masculinidades vinculada con la salud reproductiva en adolescentes y hombres jóvenes de Latinoamérica. Como muchos estudios de tipo cualitativo no es exhaustivo, tanto en las categorías expuestas como en la información de cada una de éstas, basadas en la información parcial de su fuente, la cual puede ser complementada.

La construcción de la masculinidad es todo un proceso para los adolescentes, el cual se va dando poco a poco en la cotidianidad. Por ello el estudio de la OPS/OMS define tres áreas de análisis:

- Los mandatos de la masculinidad^f no son naturales, se van construyendo y son históricos, culturales, psicosociales y relacionales.
- Las transiciones son reconocimientos en los que los jóvenes se ubican si “son hombres” o no. En este documento se consideraron únicamente distinciones básicas de las transiciones, tales como los escenarios físicos en los que ocurren y la relación primaria (sí mismo, mujer, familia, pares) que predomina y da su significado básico a una transición.
- Las conductas tienen que ver con el contexto y las personas. El aspecto más complicado de la construcción de la masculinidad, pues dependiendo del entorno y de las relaciones los jóvenes actúan de diferentes formas.

El siguiente proceso de investigación es el de Acosta y Uribe²¹ titulado “Masculinidad, adolescente y representación social”, realizado con estudiantes de educación media superior para conocer sus representaciones sociales de la masculinidad. Se desarrolló un estudio que comprendió un total de 160 estudiantes, de los cuales 50% pertenecía a una escuela pública y el otro 50% a una privada. En ambos planteles, se subdividieron en grupos de hombres y de mujeres.

Para la recolección de la información se utilizó la prueba de asociación libre, solicitándoles que explicaran las asociaciones realizadas. El resultado fue sometido a un análisis de frecuencias y a uno de sinonimia para la construcción del cuestionario de caracterización.

En cuanto al procesamiento de los datos, se obtuvieron los índices de distancia y de similitud, esto para la localización del contenido y la estructura del árbol máximo y del filtro de cliques máximo, que mostraran los elementos susceptibles a ocupar una condición central con mayor grado de riqueza semántica.

A partir del análisis se encontró que una de las principales conclusiones es que “ha habido una sensible evolución en el terreno de la equidad de género en los últimos años, pero todavía es considerablemente fuerte la referencia a los elementos tradicionales constitutivos de la identidad masculina”.

^f Los comportamientos esperados de un hombre frente a las distintas situaciones en que él se involucra al establecer sus relaciones primarias.

Una experiencia más es la de Yon Leau,²² desarrollada en 1997 en el marco del Proyecto de Monitoreo Regional a la Implementación del Programa de Acción de la CPID y Desarrollo de Experiencias Demostrativas que llevan a cabo la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y El Caribe. “Género y Sexualidad, una mirada de los y las adolescentes de cinco barrios de Lima”, tuvo como objetivo general “acercarse a la mirada de los y las adolescentes acerca de sus representaciones de género y sexualidad”.

El proyecto se desarrolló en cinco barrios periurbanos de la ciudad de Lima; participaron 120 adolescentes varones y mujeres de entre 10 y 19 años; de los cuales 61 fueron mujeres y 59 varones.

La recolección de información se realizó a través de diversas técnicas cualitativas: discusiones grupales, frases e historias incompletas, dibujos y dramatizaciones, las cuales se emplearon en talleres de reflexión y de creación colectiva del proyecto “Incentivando la responsabilidad masculina en la salud sexual y reproductiva y en la vida familiar con adolescentes varones y mujeres de Lima”. Además de la información obtenida en los talleres, se presentan resultados de una encuesta aplicada a los participantes.

El análisis de la información se enmarcó en el enfoque del Construcciónismo Social, partiendo de la premisa que la realidad se construye socialmente, lo que permite su deconstrucción, reelaboración y modificación. Se emplean, asimismo, los planteamientos de la Teoría de los Guiones Sexuales de Gagnon y Simon, que proponen tres niveles relacionados en la realidad sexual:

- Los discursos hegemónicos sobre la sexualidad.
- Los guiones interpersonales o espacios de interacción microsociales.
- Los guiones intrapsíquicos.

De los resultados que Yon presenta, destaca que el análisis de las masculinidades debe seguirse realizando tanto en grupos de varones como en grupos mixtos, pues permite la confrontación de códigos de hombres y mujeres, propiciando las posibilidades de negociación.

Las expectativas de roles de género en los varones son más tradicionales que en las mujeres, aunque ambos comparten patrones generales comunes. En cuanto a los roles asociados a los varones, mujeres, padres y madres se expresan redefiniciones y continuidades; es decir, hay algunos elementos de estos roles que se consideran deben ser desde lo tradicional y otros están cambiando.

La construcción de la masculinidad involucra un conjunto de exigencias que siguen siendo parte de la norma dominante, desde el inicio de la sexualidad, pero que empiezan a ser redefinidas o cuestionadas por discursos y guiones interpersonales alternativos. Para ello se considera necesario redefinir los significados de la iniciación sexual y de las relaciones sexuales

Los grupos de pares siguen siendo un referente fundamental en la construcción de la masculinidad y de la femineidad, pues se encontró en este estudio que son con quienes se habla preferentemente de la sexualidad.

Respecto de la metodología empleada, se enfatiza que las estrategias que se utilicen para el trabajo deben considerar las dificultades de los adolescentes varones para que integren modelos alternativos que les involucren en cambios.

La autora menciona que haber empleado una metodología cualitativa y creativa que recrea los avances en cuanto a género, permitió el involucramiento de los sentimientos, las emociones y los referentes de identidad de los adolescentes.

1.3 Marco contextual

1.3.1 Población adolescente

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la población juvenil está constituida por las personas entre 10 y 24 años, dentro de la cual se distinguen tres grupos de edad: de 10 a 14 años, preadolescentes; de 15 a 19 años, adolescentes jóvenes y de 20 a 24 años, jóvenes. O bien dos grupos de edad que resumen los anteriores: de 10 a 19 años, adolescentes y de 20 a 24 años jóvenes.

En México, en el II Censo de Población y Vivienda 2005²³ se registraron 10,109,021 como total de la población, de los cuales 4,995,906 fueron hombres y 5,113,115 mujeres. Los resultados para el estado de Veracruz mostraron que el total de la población de 15 a 19 años fue de 710,167, de los cuales 351,004 eran varones y 359,163 mujeres. Para la ciudad capital del estado, Xalapa, los resultados fueron de: 51,464 como total, de los que 25,001 correspondían a hombres y 26,463 a mujeres de la misma edad.

1.3.2 Los adolescentes en México (Demografía y Epidemiología)

La población de adolescentes en México se duplicó en los últimos 30 años, pasando de 11.4% en 1970 a 20.9% en 2005 (ver Tabla 1), de los cuales 50.1% son hombres y 49.9%, mujeres. Se estima que del 2000 al 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años.⁹ Además, la mitad de jóvenes adolescentes (49.9%) se concentran en siete de las 32 entidades federativas; de éstas Veracruz ocupa el tercer lugar nacional con 7.0%, después del Estado de México (13.3%) y del Distrito Federal (8.4%).²⁴

Tabla 1. Población de 10 a 19 años.^h

	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total	Proporción
Nacional	10541816	50.1	10519328	49.9	21061144	20.9*
Estatal	752871	50.1	748406	49.9	1501277	21.3**

Fuente: Consulta interactiva de datos del II Censo de población y vivienda 2005. [Consultado 2008 Nov 11].

Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10202>.

* Proporción de mujeres y hombres de 10 a 19 años con respecto de la población nacional = 100,638,078.

** Proporción de mujeres y hombres de 10 a 19 años con respecto de la población estatal = 7,055,023.

g El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia retoma este grupo de edad como población objetivo de sus acciones.

h Los datos se calcularon con base en los resultados sin estimación.

1.4 Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA)

El Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (PASA) de la Secretaría de Salud, se encuentra inscrito en el Plan Nacional de Salud 2007-2012, que en su estrategia número 2 se refiere a “fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades”, con el objetivo de:²⁵

disminuir el impacto de las enfermedades y las lesiones en individuos, familias y comunidades mediante intervenciones específicas dirigidas a las personas que se combinarán con intervenciones dirigidas a la construcción de entornos favorables a la salud. Se implantará en colaboración con las familias, comunidades, medios de comunicación, sociedad civil, sindicatos, sector privado y distintos órdenes de gobierno.

Esta estrategia cuenta con diez componentes:

- Intervenciones por grupo de edad.
- Conocimiento personal de determinantes de la salud y desarrollo de competencias para el manejo adecuado de la salud.
- Programa Único de Promoción Educativa en Salud.
- Reforma de la Acción Comunitaria para la Salud.
- Fortalecimiento de la oferta de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Desarrollo de capital humano en salud pública.
- Entornos favorables a la salud.
- Políticas públicas saludables.
- Abogacía y gestión intersectorial a favor de la salud.
- Generación de evidencias científicas para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Las líneas de acción de la estrategia 2 del Plan Nacional de Desarrollo son las siguientes:

2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.

2.2 Fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades incorporando acciones efectivas basadas en evidencias científicas, así como reformando la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables.

2.3 Diseñar programas y acciones para el fortalecimiento y desarrollo integral de la familia.

2.4 Reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación.

2.5 Fortalecer las acciones de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en la infancia.

2.6 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal.

2.7 Promover la salud sexual y reproductiva responsable.

2.8 Impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH/SIDA y otras ITS.

2.9 Prevenir y controlar la tuberculosis.

2.10 Establecer acciones para la prevención y atención de dengue, paludismo y rabia.

2.11 Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco, así como drogas ilegales y médicas no prescritas.

2.12 Impulsar una política integral para la prevención y control de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular.

2.13 Promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama.

2.14 Impulsar medidas de promoción de una vitalidad segura que eviten lesiones no intencionales y discapacidades.

2.15 Reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia.

2.16 Atender los efectos de los desastres y las urgencias epidemiológicas.

Es clave destacar que las líneas 2.7, 2.11, 2.14 y 2.15, son aquellas que el PASA retoma para realizar acciones encaminadas a la atención de la población adolescente. Respecto de ésta, se menciona como propósito “el desarrollo de acciones integrales para la salud de los adolescentes en el primer nivel de atención con reforzamiento del sistema de referencia

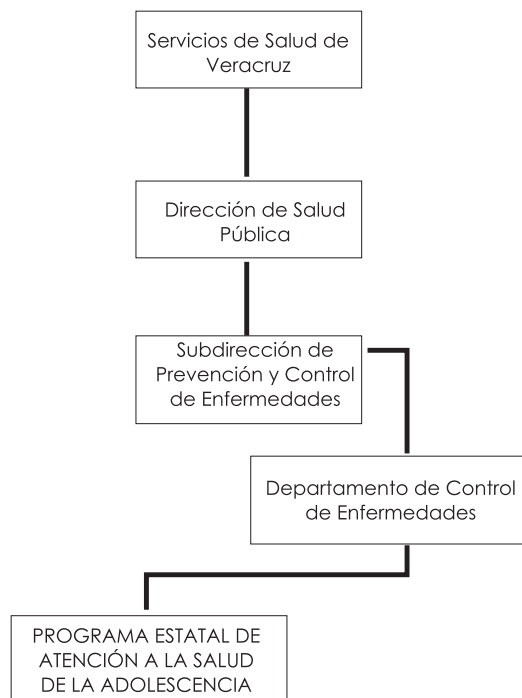
y contrarreferencia". Por ello, se pone énfasis en los diversos factores protectores y de riesgo, así como en los derechos de los adolescentes, el género y la promoción de la salud.

Además, se incluyen "acciones de prevención y promoción de la salud que permiten romper el círculo de enfermedad, pobreza y marginación en este grupo específico de la población". Con la finalidad de "desarrollar acciones de atención de enfermedades... acciones dirigidas a incidir en factores sociales, psicológicos, biológicos y familiares que influyen en el autocuidado, el bienestar y la calidad de vida durante esta etapa de la línea de vida".

1.4.1 Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia Veracruz

Al ser el PASA un programa nacional, en los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) se considera continuo y permanente. Estructuralmente está ubicado en el Departamento de Control de Enfermedades y tiene una representación en cada una de las Jurisdicciones Sanitarias del Estado. (Ver Figura 1.)

Figura 1. Ubicación del Programa Estatal de Atención a la Salud de la Adolescencia.



Fuente: Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, p. 12.

El objetivo es "coadyuvar en la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población de 10 a 19 años de edad en el Estado de Veracruz". Esta población corresponde a 21.3% de la población total del estado de Veracruz. Para ello el Programa desarrolla las siguientes líneas estratégicas:

I. Promoción de la Salud de la Adolescencia

Intensificar la difusión del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia en todas las regiones del Estado de Veracruz y la Promoción a la Salud de la Adolescencia.

Líneas de acción

Concretar la realización a en el Estado de la encuesta "Conocimientos sobre salud y medios por los que se enteran los adolescentes de 15 a 19 años" y así priorizar los materiales que deben utilizarse por región.

Gestionar la reproducción en tiempo y forma de los materiales de Promoción a la Salud de la Adolescencia.

Difusión intensiva de los materiales promocionales (cuadrípticos "Yo Adolescente") de Atención a la Salud de la Adolescencia en cada Jurisdicción y Centro de Salud de los Servicios de Salud de Veracruz.

Integrar la información disponible en el sitio de Internet myspace.com/tusaludeslaneta, de forma atractiva, veraz y de calidad.

Unificar y homologar la información de Promoción a la Salud de la Adolescencia de los programas relacionados.

Llevar a cabo actividades de difusión masiva del Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia por medio de radio, televisión, conferencias, pláticas, talleres, conciertos y todos aquellos que comprueben su efectividad.

II. Capacitación y Formación del Recurso Humano

Integrar la formación técnica y humanista del personal de salud que labora en las diferentes áreas relacionadas con el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia para mejorar la calidad de los servicios y promover la atención integrada del adolescente.

Líneas de acción

Capacitar en temas de salud y publicidad al personal en contacto con adolescentes.

Unificar la carta descriptiva de capacitación en salud de la adolescencia para los Centros Estatales de Capacitación.

Capacitación de facilitadores para la aplicación del "Programa de Atención Integral para Adolescentes Tlatlanke" y Prevención de Accidentes "Ahora te Toca a Ti".

III. Coordinación

Concretar la Integración de las acciones del PASA entre programas, instituciones y sociedad civil, organizada en pro de la Salud de la Adolescencia.

Líneas de acción

Difusión del material didáctico del "Programa de Atención Integral para Adolescentes Tlatlanke".

Integración de los proyectos para la prevención en temas específicos como embarazo en adolescentes, accidentes, adicciones, prevención de VIH/SIDA e ITS, salud mental, etc., en los diferentes sectores que integran la atención a adolescentes.

1.4.2 Planteles de nivel bachillerato

El PASA, a través de los responsables en las Jurisdicciones Sanitarias, establece vínculos con los planteles de educación, los cuales han permitido desarrollar acciones de atención a la población adolescente. Dichos vínculos fueron empleados para el desarrollo de la investigación.

En la ciudad de Xalapa hay ocho planteles escolares de bachillerato, que funcionan en horarios matutino y vespertino, pertenecientes a la Dirección General de Bachillerato de la Secretaría de Educación de Veracruz. Partiendo de la idea de que su mayoría de alumnos fluctúa entre los 15 y los 19 años de edad, se estableció un vínculo con la Dirección General de Bachillerato (a través del PASA) para tener una buena relación que favoreciera el desarrollo del proyecto de investigación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS estima que en la actual población mundial de 1200 millones de personas una de cada cinco son adolescentes.²⁶ La adolescencia es considerada una etapa de transición entre la infancia y la adultez, en la que se presentan cambios físicos y psicológicos. Se considera a ésta, junto con la juventud etapas de formación en las que las decisiones, las metas que se fijen y las oportunidades que se les presentan, conducen a los jóvenes a experiencias benéficas o perjudiciales en las que se vean involucradas la familia y la sociedad misma.²⁷

La atención a la población adolescente en México está centrada en la atención a la salud sexual y reproductiva; en este sentido la Secretaría de Salud reporta que en México la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por 1,000. Se calcula que entre 30 y 60% de estos embarazos terminan en abortos inducidos.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) muestra que 14.4% de los adolescentesⁱ refieren haber tenido relaciones sexuales y hay un aumento considerable conforme la edad avanza, pues de los 12 a los 15 años 2% de adolescentes reportan haber iniciado su vida sexual; mientras en el grupo de 16 a 19 años, 29.6% refiere ya haberla iniciado. Aunado a esto se encontró que entre los hombres 63.5% declaró haber utilizado condón en su primera relación sexual; cerca de 8% indicó el uso de hormonales y 29% no utilizó algún método. En las mujeres el empleo reportado es menor: sólo 38% de las adolescentes mencionó que su pareja usó condón y 56.6% declaró no haber usado métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

En cuanto a los resultados obtenidos para el estado de Veracruz en la ENSANUT 2006, el inicio de la vida sexual para la población adolescente era de 30.5%, colocando al Estado por arriba del resultado nacional de 14.4%. En cuanto al uso de condón en su primera relación sexual por parte de los hombres fue de 49.6% y 29.6% de las mujeres.

Sin duda, uno de los principales desafíos en cuanto a salud sexual y reproductiva es atender las demandas de la población adolescente. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF, por sus siglas en inglés) afirma que son importantes las acciones que se ejecutan

i La ENSANUT retoma la definición de la OMS que considera adolescente a la persona entre 10 y 19 años de edad.

en las instituciones de salud, pero es aún más necesario prevenir embarazos no planeados orientando a las y los adolescentes desde antes que inicien su vida sexual.²⁸

Considerando lo anterior, es elemental tener en cuenta que la atención a la población adolescente debe incluir la diversidad existente, desde rangos de edad, manifestaciones culturales en las que se involucran, hasta diferencias de género, con la finalidad de llegar a los distintos grupos de jóvenes.

Los varones jóvenes en la construcción de su masculinidad van incorporando elementos, uno de ellos es la comunicación. En ésta se incluyen los mensajes tanto masivos como interpersonales, lo cual es un elemento de gran importancia que debe tomarse en cuenta para el diseño de acciones de atención a la salud del adolescente.

2.1 Justificación

Es de suma importancia para las instituciones de salud conocer cómo la comunicación interpersonal contribuye a la construcción de la masculinidad y al ejercicio de la sexualidad en la población adolescente, con miras a incorporarlo en las acciones planeadas. En ese sentido, es necesario que las instituciones, junto con los mismos varones determinen cuáles son los elementos de la comunicación interpersonal que forman parte de la construcción de las masculinidades de los jóvenes. Esto sólo es posible trabajando directamente con los varones jóvenes con la intención de conocer sus referentes, fuentes de información e ideales que persiguen. Es necesario, también conocer cuáles son las prácticas que como hombres tienen sobre el ejercicio de su sexualidad.

Realizar un estudio de estas características permitirá a los Servicios de Salud, en especial al Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia, contar con información que incluya la perspectiva de género desde las masculinidades, algo de suma importancia dado que a la fecha, las acciones emprendidas se han centrado en presentar información "creativa" y "novedosa" que sólo busca hacer atractivos los mensajes sin atender muchas veces las necesidades propias de cada grupo, sean hombres y/o mujeres.

2.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la vinculación que existe entre las representaciones sociales de las masculinidades y

las prácticas en el ejercicio de la sexualidad en los adolescentes?

2.3 Objetivo General

Analizar a través del discurso social la forma en que la construcción de las masculinidades entre los adolescentes se vincula con las prácticas sociales en el ejercicio de su sexualidad.

2.4 Objetivos Específicos

Conocer, a partir del discurso social de la población adolescente, la forma en que se construyen las masculinidades.

Ubicar las prácticas de la sexualidad de los adolescentes relacionadas con la construcción de su masculinidad.

Asociar las representaciones sociales de la construcción de la masculinidad con el ejercicio de su sexualidad.

Diferenciar las prácticas asociadas a la sexualidad masculina que favorecen de las que afectan la salud sexual de los adolescentes.

Usar la información obtenida para la realización de propuestas de atención a la población adolescente atendida por las instituciones de salud.

2.5 Paradigma de Investigación

El abordaje del tema "La construcción de la masculinidad en varones adolescentes y su relación con las prácticas en su salud sexual" se fundamenta en diferentes teorías. La Teoría de Género se ha alimentado con los aportes del feminismo y de los estudios de las masculinidades. Las Representaciones Sociales se ubican en un paradigma interpretativo, el cual se interesa por la experiencia humana y la manera en que los actores la viven.

Para el abordaje de la sexualidad se retoma el modelo holístico de la sexualidad que se integra en la Teoría General de Sistemas, el cual también recupera la experiencia de las personas y la construcción que se haga de ellos.

Con estos fundamentos teóricos se realizó una investigación cualitativa, en la que se recogieron los puntos de vista de los actores sociales, en este caso hombres y mujeres adolescentes.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

3.1 Tipo de Estudio

El presente estudio, por la naturaleza de la pregunta se clasifica como de tipo exploratorio, pues busca conocer cuál es la forma en que se construye la masculinidad en la población adolescente y la relación con las prácticas en el ejercicio de su sexualidad. Por la manera de responder a la pregunta de investigación se considera un estudio cualitativo.

La postura teórica empleada es el Interaccionismo Simbólico, que destaca tres principales premisas:²⁹

- Los seres humanos actúan respecto de las cosas basándose en los significados que éstas tienen para ellos.
- Los significados de tales cosas derivan de la interacción que la persona tiene con otras personas.
- Los significados son manejados o modificados por medio de un proceso interpretativo que la persona pone en juego cuando establece contacto con las cosas.

Para realizar la investigación desde esta postura se retomó la teoría de las Representaciones Sociales, buscando determinar cuáles fueron las representaciones de la masculinidad que favorecen o limitan el ejercicio de la sexualidad.

3.2 Muestreo Teórico

Se utilizó el Muestreo Teórico, propuesto por Glaser y Strauss, el cual consiste en la búsqueda cuidadosa de la teoría que enmarca al fenómeno en mayor amplitud (Representaciones Sociales).³⁰

Este muestreo busca la obtención de material necesario para la construcción de los conceptos de relevancia para el desarrollo de la teoría que se está construyendo.³¹ Asimismo, agotó la información hasta la saturación para contar con los elementos necesarios que permitieran la explicación del fenómeno.

3.3 Población de Estudio

Para el caso que nos ocupa se decidió formar cuatro grupos focales con la participación de entre 5 y 10 alumnos regulares de bachillerato oficial (hombres y mujeres), con la finalidad de contrastar la construcción de la masculinidad de cada grupo y de sus integrantes. Fue de gran importancia que cada grupo tuviera características particulares.

3.4 Definiciones Operacionales

Categoría	Definición Operacional	Dimensiones	Definición Operacional
Masculinidad	Es la forma aprobada de "ser hombre" en una determinada sociedad.	Identidad	Lo que los hombres piensan y hacen.
		Hombría	Lo que piensan y hacen para "ser hombres".
		Virilidad	Lo que hace a unos más hombres que otros.
		Roles	Conductas y actitudes exclusivas de los hombres.
		Relaciones de poder	Interacción entre hombres y mujeres mediatizadas por el ejercicio del poder.
Comunicación	Elementos en interacción en que toda modificación de uno de ellos afecta las relaciones entre los otros elementos.	Discurso social	Conceptos estructurados, aceptados por el grupo que permite interpretar la realidad.
		Interacción social	Relaciones interpersonales que se dan entre las personas.
		Comunicación interpersonal	Proceso comunicativo entre dos personas o más.

Representaciones Sociales	Interpretación que se da por parte de los grupos a lo que existe o de lo que acontece en el entorno de las personas.	Percepciones	Forma de conocer el mundo a través de los sentidos.
		Actitudes	Formas de responder hacia una situación concreta.
		Creencias	Ideas a las que se adhieren las personas respecto de las interpretaciones que se dan del mundo.
		Prácticas	Acciones sistemáticas.
Sexualidad	Relación que se da entre el erotismo, el género, las vinculaciones socio afectivas y la reproductividad, en los niveles biológico, psicológico y social.	Reproductividad	Capacidad de reproducir en otros ideas, costumbres, estereotipos y factores biológicos.
		Erotismo	Conocimientos, percepciones, sentimientos y conductas relacionadas con el deseo sexual, la respuesta sexual humana y sus efectos placenteros
		Género	Percepciones, sentimientos y conductas relacionadas con la identificación con uno u otro género
		Vinculación socio afectiva	Percepciones, sentimientos, conductas y prácticas ante la presencia o ausencia de otras personas.

4. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se empleó una estrategia que incluyó dos técnicas de recolección de información: primero fue una de carácter grupal y posteriormente se realizaron entrevistas focalizadas para complementar la información obtenida en la técnica grupal.

4.1 Grupos Focales

Las técnicas grupales son herramientas de tipo conversacional en las que se realiza una entrevista a un determinado grupo de personas con el objetivo de captar sus discursos, creencias, valores, significados y representaciones sociales que motivan el discurso sobre el tema investigado.

Zurro considera estas técnicas más eficientes que las entrevistas individuales al recolectarse información de más personas en un tiempo menor. De éstas la más popular es el grupo focal.

Esta técnica busca esencialmente obtener información sobre conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias, las cuales saldrán a la luz a partir de la discusión e interacción de los participantes del grupo y tendrán que ver con el contexto social en el que se desenvuelven.³²

Según Krueger³³ debe considerarse que un grupo focal es un tipo especial de grupo en términos de propósito, tamaño, composición y procedimientos. Sus ingredientes se puntualizan en: a) gente, b) que posee ciertas características, c) facilita la información, d) de carácter cualitativo, e) en una discusión focalizada. Estas características hacen que dicha técnica se distinga de otras que también trabajan con grupos.

Para Stewart y Shamdasani³⁴ los usos más comunes de los grupos focales se registran en las siguientes situaciones: a) para obtener antecedentes sobre un tópico de interés; b) generar hipótesis para su posterior comprobación mediante indagaciones más cuantitativas; c) estimular la generación de ideas y conceptos creativos; d) obtener impresiones sobre productos, programas, servicios, instituciones u otros objetos de interés; e) diagnosticar problemas potenciales en el uso de los anteriores; f) aprender cómo los participantes hablan acerca de los fenómenos de su interés, con el fin de facilitar la elaboración de instrumentos de investigación cuantitativa para su aplicación posterior y g) interpretar resultados cuantitativos previamente obtenidos.

Galiana Carmona,³⁵ retomando las ideas de Jesús Ibáñez,³⁶ propone cinco etapas o fases para el desarrollo de los grupos focales:

- Diseño
- Formación del grupo
- Funcionamiento del grupo
- Transcripción del discurso^j
- Análisis e interpretación

4.1.1 Diseño

Para el uso de esta técnica se debe tener en cuenta las personas que participan, tanto en su composición como en el número de grupos. Zurro enfatiza que el total de grupos debe representar la diversidad del fenómeno y el conjunto de opiniones que se cree existen en la población estudiada. La homogeneidad es otra característica de los grupos focales (favorece la interacción).

Para el presente caso se consideró la participación de hombres y mujeres de entre 15 y 19 años de edad que se encontraban en espacios educativos del nivel bachillerato, de un ámbito urbano y otro rural dentro de la Jurisdicción Sanitaria V de Xalapa de los Servicios de Salud de Veracruz. Se formaron cuatro grupos focales de acuerdo con el lugar de ubicación de los planteles de bachillerato.

La determinación de los planteles que reciben la atención del PASA, se debe a su perfil epidemiológico, por lo que la tarea de formación de grupos focales se realizó junto con los responsables estatal y jurisdiccional de éste. Con miras a que la información obtenida en este trabajo de investigación fuera de utilidad para los Servicios de Salud de Veracruz y de otras instituciones, se propuso la realización de dos grupos focales de ámbito rural y dos más exclusivamente urbano.

4.1.2 Objetivo general del grupo focal^k

- Conocer las representaciones de la masculinidad y las expresiones de la sexualidad en adolescentes de planteles de bachillerato ubicados en la Jurisdicción Sanitaria V de Xalapa.

4.1.3 Objetivos específicos

- Definir con adolescentes las formas aprobadas y no aprobadas de ser hombres, desde la identidad, la

hombría, la virilidad, los roles y las relaciones de poder.

- Identificar, a través del discurso social, las formas de interacción social y de comunicación interpersonal que contribuyen a la construcción de las masculinidades.
- Identificar, a través del discurso social, las diversas interpretaciones que se le dan a las masculinidades por parte de los y las adolescentes, desde las actitudes, creencias, prácticas y percepciones.
- Identificar las relaciones que las y los adolescentes hacen de la reproductividad, el erotismo, el género y los vínculos afectivos en la vivencia de su sexualidad.

4.1.4 Formación del grupo

El trabajo se inició en las oficinas de los SESVER y la Jurisdicción Sanitaria V, para establecer los vínculos con la Dirección de Bachilleratos y los planteles seleccionados para el desarrollo de los grupos focales.

Una vez establecido el vínculo con los planteles se fortalecieron los contactos mediante visitas a los encargados de la dirección y a los responsables de Orientación Educativa de los planteles seleccionados, a quienes se les comunicó los objetivos de la investigación y cada uno de los pasos a realizar. Con esto se buscó que tanto directivos como orientadores/as fueran enlaces entre los y las adolescentes. Estas visitas y/o reuniones también sirvieron para establecer acuerdos de las fechas de realización de los grupos focales; para ello se tomaron en cuenta los tiempos marcados en los calendarios escolares con la finalidad de ajustarse a los tiempos institucionales.

4.1.5 Convocatoria

Como primera acción se convocó a los alumnos de los planteles seleccionados a participar en los grupos focales, conformándolos de manera heterogénea (por contar con experiencias de vida diferentes, tanto en su contexto y el género) y a la vez homogénea (por ser estudiantes de bachillerato de un mismo plantel y por ser hombres o mujeres). Se trabajó con un grupo creado de manera específica para cada ocasión.

De las personas interesadas se llevó un registro que permitiera la selección de las y los participantes, para lo cual se diseñó una ficha de registro que recabó la información necesaria que apoyara la actividad.

^j La transcripción de las sesiones de grupo focal es un elemento que aborda la autora y que Ibáñez no considera en su propuesta.

^k El grupo focal y las entrevistas cuentan con los mismos objetivos en lo general y en lo específico.

4.1.6 Selección de participantes

Para la conformación de los grupos focales se realizó una primera selección a partir del resultado de la convocatoria. En ésta se tomaron en cuenta los siguientes:

4.1.6.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes varones de entre 15 y 19 años de edad de ámbito rural.
- Adolescentes varones de entre 15 y 19 años de edad de ámbito urbano.
- Adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años de edad de ámbito rural.
- Adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años de edad de ámbito urbano.
- Alumnos de los planteles seleccionados.
- Que hayan manifestado interés por participar, al responder la cédula de registro.

4.1.6.2 Seguimiento a la convocatoria

A partir de los datos proporcionados por las personas interesadas que respondieron a la convocatoria se les hicieron llamadas telefónicas y se les enviaron mensajes de texto al celular o correos electrónicos para darle seguimiento y recordarles la fecha de la sesión de trabajo.

4.1.6.3 Funcionamiento del grupo

Se acordó con las autoridades de los planteles el lugar para la realización del grupo focal, el cual contó con una iluminación y ventilación adecuadas, así como espacio suficiente y se aseguró la privacidad para el trabajo, garantizando a las y los participantes que podían hablar en confianza sin que otras personas ajenas al proceso se enterarían de lo expuesto. De igual manera se consideró necesario contar con servicio de cafetería, para contribuir al ambiente de confianza.

Se llevó a cabo una prueba piloto del grupo focal, con la intención de probar la guía de temas y hacer los ajustes necesarios, para mejorar tanto el instrumento como la conducción. El grupo focal se llevó a cabo en un lapso no mayor a dos horas, porque después de este tiempo las personas empiezan a saturarse con la situación generando un ambiente de dispersión, lo cual afecta la calidad del discurso de los participantes.

Previamente se verificó todo: espacio, cafetería, audio y video (estos dos últimos para recolección de información).

Antes de iniciar, se les solicitó a los participantes llenar nuevamente una ficha de registro y colocarse su gafete, en los que escribieron su nombre o seudónimo (dato que se empleó para su posterior identificación). Para iniciar, fue necesario que el moderador tuviera las nuevas fichas para asegurarse de la existencia de un registro de los participantes.

Para la bienvenida, se hizo una presentación inicial, abordando los objetivos de la investigación, la importancia de su presencia y solicitándoles su participación activa y enfatizando en que no se evaluaría, pues se necesitaban opiniones positivas o negativas de los temas tratados. De igual manera se hizo referencia a la existencia del servicio de cafetería y a las normas que prevalecían para llevar a cabo la sesión.

Fue necesario que el moderador estimulara la participación sin emitir juicios o incluir sus opiniones. Para lograrlo el moderador leyó la Guía de Discusión que contenía de manera clara cada una de las temáticas.

La sesión se grabó en su totalidad en audio y video, con la finalidad de contar con testimoniales que apoyaron el posterior análisis, debido a que el moderador del grupo focal al estar centrado en la conducción del mismo en ocasiones no percibió ciertas conductas, actitudes, posturas o incluso alianzas formadas entre los participantes. Fue de suma importancia que al iniciar la sesión se solicitara autorización a las personas participantes, en caso de no contarla hubo una Guía de Observación, donde se registró lo acontecido durante la sesión, siendo un apoyo más para el procesamiento de la información.

4.1.7 Entrevista Focalizada

Como parte de la estrategia de recolección de información se utilizó una segunda herramienta. Para ello se realizaron entrevistas focalizadas a algunas personas participantes de los grupos focales con la intención de profundizar en algunos elementos abordados en éstos.

Kahn y Cannell, citados por De Souza,³⁷ definen la entrevista de investigación como:

Conversación entre dos, hecha por iniciativa del entrevistador, destinada a entregar informaciones pertinentes para un objeto de investigación e indagación (por parte del entrevistador) en temas igualmente pertinentes con miras a este objetivo.

Las entrevistas focalizadas son una herramienta divulgada por Merton y Kendall.³¹ Se concentra en experiencias, actitudes o respuestas emocionales a situaciones particulares. Al igual que en el grupo focal, en la entrevista focalizada participan personas que han sido expuestas a una situación concreta. Para el caso que nos atañe, se consideró que dicha exposición es por ser personas que están viviendo la adolescencia y cuentan con información respecto de la etapa. Para la conducción de ésta fue necesario realizar una Guía de Entrevista con los puntos de interés para la investigación.

Existen cuatro criterios para la efectividad de la entrevista focalizada, a los que han llegado los autores después de una larga revisión de transcripciones de entrevistas:

Amplitud. Se busca asegurar que todos los aspectos y temas relevantes sean abordados en la entrevista; es importante que la persona entrevistada tenga la posibilidad de integrar nuevos temas.

Especificidad. La entrevista debe ser exhaustiva en aquellos acontecimientos clave del entrevistado que tengan relación con el tema a investigar.

Profundidad. Se busca ayudar a las personas entrevistadas a describir significados afectivos, cognitivos y evaluativos de la situación.

Contexto personal. Debe traer a colación los atributos y experiencias previas de las personas entrevistadas.

La entrevista focalizada es un tipo de entrevista semiestructurada que busca recuperar opiniones, creencias, sentimientos y pensamientos sobre un tema específico.

4.1.7.1 Diseño

Al igual que para los grupos focales, para el diseño de las entrevistas focalizadas se tuvo en cuenta que las personas que participaran fueran hombres y mujeres adolescente de entre 15 y 19 años de edad, que se encuentren cursando estudios de bachillerato, de un ámbito rural/urbano dentro de la Jurisdicción Sanitaria V de Xalapa, de los Servicios de Salud de Veracruz. Estas personas fueron seleccionadas de entre quienes participaron en los grupos focales.

4.1.7.2 Selección de participantes

Se emplearon los criterios de selección primaria propuestos por Morse para los casos significativos de informantes, quienes debían tener conocimiento y experiencia para responder a las preguntas; capacidad de reflexionar y articular sus experiencias con los temas abordados en la entrevista y estar dispuestos a participar.

Se realizaron, por lo menos, cuatro entrevistas –una por cada grupo focal– para ampliar la información discursiva que se analizó posteriormente. Cabe destacar que al igual que en el grupo focal hubo una prueba piloto para contar con una retroalimentación del instrumento y de su aplicación.

4.1.7.3 Criterios de inclusión

- Haber participado en uno de los grupos focales.
- Haber tenido relaciones de pareja (noviazgo).
- Interés en participar.

4.1.7.4 Realización de entrevistas

Se consideraron los elementos que se abordan a continuación.

4.1.7.5 Convocatoria

Para la convocatoria de las personas candidatas a ser entrevistadas se retomaron datos e información de los grupos focales, pues al poseer los datos de identidad de las personas de los grupos urbano y rural se estableció contacto con aquellos informantes que contaban con los criterios de inclusión. Para la selección se recurrió a los criterios de Morse, a partir de lo expresado en los grupos focales.

4.1.7.6 Preparativos de las entrevistas

Se buscó un espacio iluminado y ventilado, además de que tuviera privacidad para derivar en una relación entre el entrevistador y el entrevistado mediada por la confianza.

Se sugiere que este espacio se encuentre fuera de los lugares en los que cotidianamente está el adolescente. Las entrevistas fueron acordadas directamente con las personas seleccionadas, tanto en fechas y horarios, siempre y cuando no afectan sus actividades.

4.1.7.7 Conducción de las entrevistas

Para la realización de las entrevistas se construyó una Guía de Conducción con las temáticas a abordar, las cuales las personas entrevistadas ya conocían por haber participado en el grupo focal.

La duración de la entrevista fue no mayor a dos horas, ya que después de este tiempo hay desinterés por lo que se está realizando.

Las entrevistas se grabaron en audio y video para la recolección de la información y tener respaldo electrónico que facilite el procesamiento y análisis de la misma, tanto en el discurso como en el lenguaje no verbal. Este equipo debió verificarse con anticipación a la entrevista para asegurarse de su buen funcionamiento. De igual manera se les solicitó firmaran un formato de consentimiento informado que respaldara su participación y el manejo de la información.

Durante la sesión de entrevista fue importante que en un principio existiera una introducción en la que se informara los objetivos de la misma y la dinámica a seguir. Fue de suma importancia que el entrevistador mantuviera el interés en lo expresado por la persona entrevistada y estableciera una relación de empatía.

5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Después de la recolección de la información fue necesario realizar un proceso para la sistematización de la información, lo que ayudó en gran medida a las reflexiones finales en las que se integró la propuesta teórica generando conclusiones que derivaron en la construcción del informe final.

Para la labor de sistematización se retomó el modelo inductivo propuesto por Huberman y Miles, que va de lo particular a lo general de manera sistemática respetando siempre todos los datos recabados con interpretaciones certeras y evitando las interpretaciones subjetivas sin evidencias.

5.1 Transcripción del discurso

La transcripción se hizo lo más pronto posible y por parte de alguien que participó en la discusión, pues haber presenciado la sesión permitió la inclusión del lenguaje no verbal y otras observaciones. Fue importante que al hacer

esta transcripción se colocaran códigos de identidad a cada uno de los participantes, para lo cual se empleó el seudónimo que las y los participantes eligieron.

La transcripción debió ser lo más fiel posible, es decir transcribir todas las palabras que utilizó la persona. Para el lenguaje no verbal se colocaron códigos establecidos previamente que facilitaron la interpretación de lo dicho por los asistentes, lo cual se recuperó de la grabación en video de los grupos focales y de las entrevistas focalizadas. El resultado de la transcripción fue un cuadro de dos columnas en el que en la columna izquierda se colocó todo el texto de la transcripción y en el lado derecho se hicieron anotaciones y/u observaciones respecto de las codificaciones necesarias con miras al proceso de análisis.

5.1.1 Análisis e interpretación del discurso

Miles y Huberman presentan un modelo de análisis sistemático y puntual que se caracteriza por tres subprocesos:

5.1.1.1 Reducción de los datos

Se trata de simplificar la información para su manejabilidad en cuanto a lo obtenido en la etapa de recolección. Es el momento de la selección de los elementos de mayor relevancia en función del marco teórico y de las categorías establecidas que favorecerá la interpretación de los resultados. La categorización es el proceso que implica separar las unidades de análisis, para posteriormente identificar y clasificar cada una de éstas, con la finalidad de sintetizar y agrupar.

Como unidades de análisis se tomaron las frases dichas por los informantes. La identificación de dichas unidades se logró a partir de la codificación y categorización, para lo cual hubo un tratamiento manual del texto en el que se hizo una separación de las unidades de análisis.

Una vez codificado el texto se realizó una clasificación permitió aglutinar y estructurar estructurando bloques de categorías con sus subcategorías (en caso de haberlas), tratando de hacer un esfuerzo por presentar la información de manera sintética. Cabe destacar que al realizar el diseño de la investigación se determinaron varias categorías, que sustentaron la recolección de la información; de igual manera en el proceso de sistematización de la información se encontraron categorías nuevas, incluidas en el análisis como categorías emergentes.

5.1.1.2 Exposición

Una vez realizado el proceso de reducción de la información se elaboraron esquematizaciones mapas conceptuales o matrices que constituyeron los insumos básicos para el análisis de los datos.

Con lo anteriormente hecho y los esquemas y/o matrices se realizaron los análisis, que consistieron en una lectura de los esquemas de acuerdo con las categorías y subcategorías.

La exposición fue la parte del proceso de investigación cualitativa en el que recayó gran parte del trabajo, por ser donde el investigador debe cuidar el realizar interpretaciones cargadas de subjetividad. Fue importante que el análisis se realizara a la luz de los referentes teóricos y empíricos que se decidieran emplear.

5.1.1.3 Elaboración de conclusiones

Las conclusiones integraron parte del informe final de la investigación, concretado en este caso como el reporte de tesis para obtener el grado de Maestro en Salud Pública en el Área Disciplinar de Comunicación en Salud.

6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Para el caso de una investigación cualitativa los criterios de validez y confiabilidad no se entienden de la misma manera, dado que provienen de un paradigma positivista. Pero, tanto los investigadores cuantitativos como los cualitativos tienen interés de que los resultados de sus trabajos reflejen el estado real de la experiencia humana; para ello Lincoln y Guba proponen cuatro criterios que determinan la fiabilidad de la información cualitativa: credibilidad, transferibilidad, formalidad y confirmabilidad.

A continuación se presentan los cuatro criterios de fiabilidad, con su definición y los métodos con los que se asegura el alcance de los mismos en el presente estudio. (Ver Tabla 2.)

Tabla 2. Criterios de fiabilidad propuestos por Lincoln y Guba.

Criterio	Definición	Técnica
Credibilidad	Es la confianza en que la información que obtiene se apega a la verdad.	Se acudió a la opinión de otros colegas, tanto del proceso de investigación como de los datos recabados.
Transferibilidad	Posibilidad de generalizar los datos. Los resultados pueden transferirse a otros ámbitos y grupos.	Se describió con detalle el proceso de investigación, de manera que permitiera la replicabilidad. Los resultados se describieron de manera suficientemente clara para que sean empleados en los programas de salud que atienden población adolescente
Formalidad	Estabilidad de los datos en el tiempo y en distintas condiciones.	El proceso de investigación tuvo el apoyo de, por lo menos, un experto en el tema que evaluó el proceso.
Confirmabilidad	La objetividad o neutralidad de la información.	Resguardo de todos los materiales de audio, video, impresos, procesamiento de datos, archivo fotográfico y algún otro que se haya utilizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wollstonecraft, M. Vindicación de los derechos de la mujer. Madrid: Debate editorial; 1998. 222 p.
2. Mayobre P. La formación de la Identidad de Género. Una mirada desde la filosofía. Educación Social e Igualdad de Género. Ayuntamiento de Málaga. Málaga, 2006. 320 p.
3. De Miguel A. Feminismo de la diferencia y últimas tendencias. Los feminismos a través de la historia [Internet]. Madrid, España; 2007 (Actualizado 2008 Nov 13; consultado 2009 Ene 20). Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/historia-feminismo4.html>
4. Gutmann, M C. Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad Revista de Estudios de Género. La ventana [en línea] 1998, (Diciembre-) : [fecha de consulta: 15 de Ene de 2009] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=88411133004>
5. Nuñez, G. Los "hombres" y el conocimiento Reflexiones epistemológicas para el estudio de los "hombres" como sujetos genéricos. Desacatos, Revista de Antropología Social; 2004; 15-16: 13-32.
6. Ramírez, J. ¿Eso de la masculinidad?: Apuntes para la discusión en Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. 1ª ed. México DF: Universidad Autónoma de México; 2006: 441 p.
7. De Keijzer B. Hasta que el cuerpo aguante. [Internet] La Manzana. Revista internacional de estudios sobre masculinidades. 2006 marzo. [Consultado 2009 Mar 12] Disponible en: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm>
8. Figueroa, J.G. Masculinidad Salud y Sexualidad. 1ª ed. Mérida, Yucatán: Universidad Autónoma de Yucatán. Fundación Ford. 2001. 465 p.
9. Rubio, E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. Antología de la sexualidad humana. Vol. 1.2a. reimpresión de la 2ª. ed. México DF: Miguel Ángel Porrúa, librero-editor; 2007. 885 p.
10. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. [Internet] Athenea Digital Universidad de Guadalajara 2002; 2. [Consultado 2008 Jun 10] 1-25 p. Disponible en: <http://antalya.uab.es/athenea/num2/mora.pdf>
11. Moscovici, S. El psicoanálisis, su imagen y su público. 2ª ed. Buenos Aires: Huemul; 1979. 27-44 p.
12. Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge M. (compilador). Psicología Social II. Barcelona: Paidós 1991.469-493 p.
13. Farr R. Las representaciones sociales. En Serge M. (compilador). Psicología Social II. Barcelona: Paidós; 1991. 495-506 p.
14. Ibañez T. Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai ediciones; 1998. 325 p
15. Marc E. Picard D. La interacción social. Cultura, Instituciones y comunicación. 1ª. ed. Luján interaction sociale, traductor. Bracelona: Paidós; 1992. 204 p.
16. Cáceres M. Introducción a la Comunicación Interpersonal. 1a ed. Madrid: Síntesis. 2003. 256 p.
17. Iñiguez R. L. El análisis del Discurso en las ciencias sociales: Variedades Tradiciones y práctica. En: Iñiguez Rueda L. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. 2a ed. Barcelona: Editorial UOC; 2006.257 p.
18. Pacheco-Sánchez C; Rincón-Suárez LJ; Elías-Guevara E; Latorre-Santos C; Enríquez-Guerrero C; Nieto-Olivar JM. Significaciones de la sexualidad y salud reproductiva en adolescentes de Bogotá. Sal Pub Méx. [Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Sep 30]; 49(1): 45-51. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100007&lng=es&nrm=iso
19. Stern C; Fuentes-Zurita C; Lozano-Treviño LR; Reysoo F. Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. Sal Pub Méx. [Internet] 2003 [citado 2008 Sep 20]. 45(1): 34-43. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000700007&lng=es&nrm=iso

20. Aguirre R., Güell P. *Hacerse Hombres: La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos*. Washinton, DC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud; 2002. 60 p.
21. Acosta, M. T. y Uribe, F. *Masculinidad, adolescentes y representación social*. En Montesinos R. *Perfiles de la Masculinidad*. 1a ed. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana. Plaza y Valdés. 2007; 317 p.
22. Yon, C. *Género y sexualidad, una mirada de las y los adolescentes de cinco barrios de Lima*. 1a ed. Lima, Perú: Movimiento Manuela Ramos; 1998. 98 p.
23. Página del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI. *II Censo de población y vivienda 2005*. [Internet]. México DF: INEGI. (Actualizado 2008 Dic 20; consultado 2009 Ene 24). Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?c=10401
24. Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (Servicios de Salud de Veracruz) 2008. 22 p. Localizado en: Servicios de Salud de Veracruz, oficinas centrales. Xalapa Ver.
25. Página de la Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 [Internet]. México DF: Secretaría de Salud; 2009 (Actualizado 2007 Oct 17; consultado 2009 Ene 24). Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html
26. Página de la Organización Mundial de la Salud. *Salud y desarrollo del niño y del adolescente* [Internet]. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2009 (Actualizado 2008 Nov 13; consultado 2009 Mar 09) . Disponible en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/
27. Barroso C. *Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región del Hemisferio Occidental. (IPPF/RHO) Reunión del Consejo Regional de la IPPF/RHO*. México, 2008.
28. Mendoza D. *Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros. La situación demográfica de México 2006* [Internet]. México DF: Consejo Nacional de Población; 2007 (Consultado 2009 Mar 20) 264 p. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2006/SDM2006.pdf>
29. Álvarez-Gayou, J. L. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. 1a ed. México: Paidós Educador; 2005. 222 p.
30. Natera G, Mora J. *La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones*. En Mercado Martínez FJ, Torres López TM (compiladores). *Análisis Cualitativo en Salud. Teoría, Método y Práctica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; México: 2000. 73-95 p.
31. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. 1a ed. Madrid: Ediciones Morata, 2004. 322 p.
32. Aignerren, M. *La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Centros de estudio de opinión*. Universidad de Antioquia. *Revista La Sociología en sus escenarios* [Internet]. 2002 Sep-Oct [Consultado 2009 Mar 22]; (6). Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/issue/view/194>
33. Krueger R. *Focus Group: A Practical Guide for Applied Research* Beverly Hill [Grupos focales: una guía práctica para la investigación aplicada]. 3a Edición California: Sage; 2000. 217 p. Texto en Inglés.
34. D.W. Stewart y P.N Shamdasani . *Focus groups. Theory and practice*. Applied Social Research Methods Series [Grupos focales: Teoría y práctica. Serie ,étodos de investigación Social Aplicada]. Newbury Park CA: Sage Publications; 1990. 189 p.
35. Galia C. *Investigación cualitativa en: Blasco S. Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Editorial Elsevier – Masson; 2006. 166-176 p.
36. Ibañez J. *Como se realiza una investigación mediante grupos de discusión*. En: F. Alvira, J. Ibañez y M. García Ferrando: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial; 1993. 682 p.
37. De Souza M C. *El desafio del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. 213 p.

ÁREA DISCIPLINAR: EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTACIÓN

Dr. Jaime Morales Romero

A propósito de la experiencia

Era agosto de 2008. Catorce alumnos iniciaban los cursos correspondientes al Área Disciplinar de Epidemiología. Me refiero, por supuesto, a la generación 2007-2009 de la Maestría en Salud Pública. En aquellos días, alumnos y académicos iniciábamos un nuevo semestre: el tercero. Los académicos de esta Área teníamos dos objetivos en común: por un lado, proporcionarle al futuro sanitarista las herramientas que necesitaría del vasto campo de la epidemiología para su quehacer profesional en la Salud Pública; pero, por otro, coadyuvar en la elaboración del protocolo de investigación del cual, a la postre, derivaría su trabajo de tesis.

Entre las muchas actividades de los módulos de Salud Pública y de Gestión del Conocimiento, de los cursos opcionales, así como de un estudio de brote que requirió la salida de alumnos y académicos fuera de la ciudad de Xalapa,^a transcurría el tiempo de nuestros estudiantes. No había lugar para el ocio. Los meses avanzaban inexorablemente y la pregunta de investigación, en algunos casos, a penas se formulaba. Con el paso de los días, el protocolo de investigación avanzaba en su elaboración.

* Presentación escrita por Jaime Morales Romero; investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana.

^a En octubre de 2008, el Instituto de Salud Pública participó en un estudio de brote de hepatitis viral A que se desarrolló en una comunidad rural del Cofre de Perote. Fue una actividad en la que participaron varias facultades y dependencias de la Universidad Veracruzana. Por estar relacionado con los temas del módulo Salud Pública, los alumnos del Área Disciplinar de Epidemiología participaron activamente. El resultado fue una experiencia sumamente enriquecedora. Los alumnos pusieron en práctica los conocimientos aprendidos en la teoría y adquirieron nuevos. Existe consenso de que en este tipo de experiencias también deberían participar alumnos de otras áreas disciplinares. Desafortunadamente, la dinámica de la Maestría en cuanto a la distribución horaria limitaban parcialmente (en ese momento) este tipo de actividades pues consumen demasiadas horas, las cuales no estaban programadas de antemano. Valdría la pena replantearlo para que, en el futuro, los alumnos tengan la posibilidad de participar en actividades extramuros emergentes, sin menoscabo del tiempo dedicado al protocolo de investigación. Una alternativa para ello, sería iniciar la elaboración del protocolo de investigación desde los primeros semestres de la Maestría.

“¿Cuál es el mejor diseño para responder a la pregunta de investigación? ¿Cuáles son los objetivos? ¿El estudio plantea alguna hipótesis? ¿Se debe elaborar un cuestionario nuevo o utilizar otro ya validado? ¿Cuál es el plan de análisis a seguir?” Eran algunas de las preguntas que los alumnos se plantearon en aquel momento. Así era el tercer semestre. Colmado de tareas y mucho por estudiar. Pero la meta se consiguió. Todos los alumnos terminaron a tiempo el protocolo de investigación. Claro que muchos de estos trabajos, todavía perfectibles, cambiarían un poco durante el siguiente semestre, cuando el alumno se dedicara al trabajo de campo.

Así inició el último semestre; una vez que los protocolos fueron registrados por el Consejo Técnico de nuestro Instituto, todo estaba listo para iniciar el trabajo de campo. El reto por enfrentar no era menor al del tercer semestre, pues durante el cuarto se coleccionaría la información para procesarla, analizarla, discutirla y finalmente escribir el reporte de investigación, todo en un periodo menor a los seis meses.

Afortunadamente, estrategia adecuada resultó ser la conformación del Comité Tutorial: un grupo de lectores, académicos, con experiencia en el tema o en la metodología de investigación, que junto con el tutor guiaron al educando en la elaboración de la tesis hasta llegar a su primer borrador.^b Bajo esta modalidad, las Sesiones Plenarias se sustituyeron por reuniones del Comité Tutorial y se programó una reunión plenaria al final del semestre^c.

^b Los integrantes del Comité Tutorial fueron los integrantes del jurado del alumno en la defensa de la tesis para la obtención del grado.

^c Las Sesiones Plenarias (en el cuarto semestre) tienen como objetivo socializar en pleno los avances del protocolo de investigación, además de que permiten la crítica y el debate. Sin embargo, los académicos del Área de Epidemiología han venido proponiendo que, en la medida de lo posible, se reduzca el número de Sesiones Plenarias por considerar que se invierte mucho tiempo en su preparación, los resultados de retroalimentación no son siempre los esperados y que, generalmente, estas sesiones no se apegan a los tiempos de la propia investigación. Hoy día, este debate continúa al interior de la comunidad académica de nuestro Instituto.

Cuando todo marchaba conforme a lo programado, durante ese periodo nuevamente se presentó otra actividad emergente en la que el Instituto de Salud Pública participó intensamente: un brote de influenza AH1N1. Esta epidemia afectó los cronogramas de trabajo de campo de la mayoría de los proyectos de investigación, debido a que alumnos y académicos dedicaron arduas horas a atender esta contingencia.^d En consecuencia, los Comités Tutoriales encontraron las estrategias necesarias para cada caso en particular, por lo que el desarrollo de la tesis no se afectó de manera importante.

Al final, todos los alumnos del Área Disciplinar de Epidemiología (y de las demás) entregaron el primer borrador de su tesis. Así se llegó al término del cuarto semestre por lo que el curso de Maestría para la generación 2007-2009 había terminado satisfactoriamente.

Los protocolos de investigación en el Área disciplinar de Epidemiología

La diversidad que existe respecto de los problemas en Salud Pública originó que los trabajos de investigación realizados por los estudiantes del Área tuvieran diferentes matices en cuanto a los temas seleccionados. Además, la forma de abordar el problema de investigación se vio enormemente influenciada por la experiencia del tutor y de los integrantes del Comité Tutorial enriqueciendo aún más la formación del tutorado.

Los alumnos del Área Disciplinar que nos ocupa se interesaron por estudiar gran variedad de problemas de Salud Pública tales como: tuberculosis pulmonar en sujetos con diabetes; tuberculosis en población privada de su libertad; drogoresistencia en tuberculosis; asma en adolescentes; tabaquismo y estructura familiar; cáncer gástrico; cáncer cérvico-uterino; síndrome metabólico; prediabetes; conductas alimentarias de riesgo; conocimiento y opinión sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA); incidencia de peritonitis en pacientes con insuficiencia renal; locus de control hacia la salud, etcétera.

^d El 23 de abril de 2009 se dio a conocer la existencia en México de un nuevo virus de influenza. Esto dio lugar a una contingencia epidemiológica sin precedentes en nuestro país. El Instituto de Salud Pública participó en varios frentes de la contingencia aportando asesoría sanitaria y generando conocimiento nuevo. Nuevamente, al igual que en el tercer semestre, la participación en las labores de control y prevención de esta contingencia constituyó una gran oportunidad de aprendizaje para alumnos y académicos. Sin embargo, dado el tiempo disponible, hubo necesidad de modificar algunos de los protocolos en el alcance de sus objetivos y en los cronogramas de trabajo originales.

Todos los protocolos elaborados dieron lugar a interesantes trabajos de investigación (ahora ya terminados) y quizás, muchos de ellos, podrían ser publicados en revistas de difusión local, nacional o internacional. Esperemos que así sea.

En este documento, se presentan dos de los protocolos de investigación desarrollados por esta generación correspondientes a trabajos de corte epidemiológico clásico, buscándose los patrones de ocurrencia de uno o varios daños a la salud y aquellos factores que condicionan tales daños. Dada la mirada cuantitativa con la que fueron planteados, en la metodología se propusieron la inferencia estadística y las medidas de asociación epidemiológica para encontrar la posible relación entre las variables estudiadas.

Los temas abordados corresponden a dos problemas muy importantes de la salud pública: a) Prediabetes y b) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El primer proyecto: "Prevalencia y factores asociados a la glucemia anormal en ayuno en sujetos mayores de 15 años de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba" buscó identificar cuál es la prevalencia en la población de la región de Orizaba de una entidad poco estudiada en nuestro estado de Veracruz: la prediabetes. También indagó si existen factores asociados a la misma. De acuerdo con los autores de este proyecto, el protocolo supone un estudio muy interesante, pues la prediabetes es una condición que predice un alto riesgo para desarrollar enfermedad diabética en un futuro próximo.

El segundo protocolo: "Conocimiento y opinión que tiene la población nahua de la Región de Zongolica Veracruz sobre el VIH/SIDA" propone conocer el nivel de conocimientos y tipo de opiniones que tiene la población nahua de la región de Zongolica sobre el VIH/SIDA. Este trabajo representó un proyecto relevante que implicó la realización de un cuestionario elaborado en un idioma diferente al español y fue aplicado en localidades de la región de Zongolica.

Deseamos que los protocolos aquí presentados sean de interés general para las futuras generaciones y que les sirvan como fuente de aprendizaje, tal y como lo fue para todos los alumnos del Área Disciplinar de Epidemiología (generación 2007-2009), quienes, al momento de escribir estas líneas, ya obtuvieron el grado de Maestro en Salud Pública, lo que demuestra su alto grado de compromiso y el interés por conseguir las metas trazadas gracias al apoyo de tutores e integrantes de los Comités Tutoriales.

Sirvan también las siguientes líneas para agradecer las labores de planeación, supervisión y evaluación que a lo largo de los semestres realizaron las y los Coordinadores de Área, el Coordinador de la Maestría, así como la Dirección de nuestro Instituto junto con el apoyo brindado por el personal administrativo.

El producto que el lector tiene hoy en sus manos es el resultado de la labor conjunta de una comunidad académica empeñada en formar valiosos sanitaristas que pongan en alto el nombre del Instituto de donde egresaron. Por supuesto que aún podemos mejorar, pero es precisamente a partir del error, de la crítica constructiva y del debate académico, de los que obtendremos nuestras mayores fuentes de aprendizaje. ¿O, no lo cree así estimada o estimado lector?

CONOCIMIENTO Y OPINIÓN QUE TIENE LA POBLACIÓN NAHUA DE LA REGIÓN DE ZONGOLICA, VERACRUZ, SOBRE EL VIH/SIDA

Claudia Suárez Tepetla, Miguel Figueroa-Saavedra Ruiz, Martha Patricia Ponce Jiménez, Jaime Morales Romero, Uriel Andrade Camacho

1. INTRODUCCIÓN

En la ciudad de Los Ángeles en junio de 1981 se conoció por primera vez el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), al reportarse la presencia anormal de neumonía por *Pneumocystis carinii* en cinco pacientes homosexuales y que sugería una posible asociación de la enfermedad con la identidad homosexual o con la adquisición de *Pneumocystis carinii* por contacto sexual.

Pocos meses después, la enfermedad se manifestó en varones y mujeres adictos a drogas por vía parenteral (Injection Drug Users, IDU) y en receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos. A medida que se conocía el patrón epidemiológico de la enfermedad, se consideró que el agente etiológico más probable era un microorganismo que se transmitía por contacto sexual, sangre y hemoderivados.

En 1983 se aisló el VIH y en 1984 se demostró que este virus era el agente causal del SIDA. En 1985 se desarrolló la Prueba de Inmoadsorbente ligado a Enzimas (*Enzyme-linked Immunosorbent Assay*, ELISA) que permitió percatarse del alcance y la evolución de la epidemia de infección por el VIH.¹

En México comenzaron a notificarse los primeros casos de SIDA en 1983, los cuales se considera que iniciaron en 1981.²

En 1986 se registraron los primeros casos de SIDA en localidades rurales.³ A finales del 2000 se habían registrado 2,089 casos (4.6% del total) de procedencia rural. En éstos se observó que la principal vía de transmisión era la heterosexual (43%), por lo que la razón de casos hombre/mujer fue de 4:1 en comparación con el área urbana de 6:1.

El surgimiento del VIH/SIDA amplió el interés de la epidemiología hacia el estudio de los comportamientos sexuales y el espectro de los mismos. Para comprenderlo

es necesario conocer los contextos socioculturales, así como las prácticas, creencias e identidades sexuales. En este sentido las Ciencias Sociales han aportado el concepto de *contextos de vulnerabilidad* para denominar a "grupos de riesgo" o "prácticas de riesgo"; según éste, un mismo comportamiento puede ser riesgoso en un contexto (cultural, ambiental o social) y en otros no.⁴ Sin embargo, dicho comportamiento puede ser percibido como de riesgo o no de acuerdo con el conocimiento que se tenga de la enfermedad.

2. MARCO TEÓRICO

Se pretendió conocer el nivel de conocimiento y las opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tienen sobre el VIH/SIDA. Para ello el estudio se basó en teorías y modelos que se mencionan a continuación.

2.1 Modelo Determinista Modificado

En primer lugar se propone como una de las teorías que explican la infección por VIH/SIDA al Modelo Determinista Modificado, propuesto por Rothman.⁵ Dicho modelo de causación relaciona algunos principios epidemiológicos, tales como fuerza de los efectos; interacción entre causas; proporciones de la enfermedad por causas específicas; periodo de incubación, entre otras.

En él se define la causa como el suceso, la condición o la característica que inicia o permite, sola o con otras causas, una secuencia de sucesos que tienen como resultado un efecto. Es determinista porque supone que una enfermedad tiene una o más causas suficientes, cada una por sí misma determina la enfermedad en un individuo.

Considera que cada causa suficiente está conformada por varias causas componentes, tomando en cuenta qué causa necesaria es la causa componente sin la

cual la enfermedad no se produce. Además introduce probabilidades, pues toma en cuenta que una causa componente aumenta la probabilidad de que una enfermedad se produzca. Así mismo, da cabida al azar en forma de factores o causas componentes aún no identificados.

2.2 Teoría Constructivista

Para explicar el comportamiento que las personas de la población de estudio presentan ante el VIH/SIDA, se propone la Teoría Constructivista. Ésta considera que el conocimiento que una persona tiene sobre algo en particular deriva de la idea que mantiene el individuo de ese algo y que está relacionada con factores cognitivos y sociales del comportamiento, así como de factores afectivos; es decir, se trata de la construcción propia que se va produciendo día a día. De este modo, el conocimiento es una construcción del ser humano con los esquemas que ya posee en su relación con el medio que le rodea.⁶

En otras palabras, el Constructivismo explica las percepciones sociales a partir de referentes históricos, culturales, sociales y familiares como un “proceso” inacabado con diferentes grados de conciencia del individuo o los grupos; es decir, son estas dimensiones las que construyen y reconstruyen las diferentes percepciones hacia diferentes cosas, por ejemplo la idea de salud-enfermedad.

Considera que sí es posible modificar las percepciones a partir de crear nuevas percepciones y arraigarlas en nuevos hábitos. ¿Con qué se modificarán esas percepciones? Para ello recurre a distintas estrategias formativas, educativas, psicológicas y de comunicación, entre otras.

2.3 Modelo de las Creencias de la Salud⁷

Para entender la forma en que los individuos perciben los beneficios personales o la importancia de evitar la enfermedad o recuperar la salud, así como para conocer las expectativas que tienen sobre una medida de prevención de enfermedad, se propone el Modelo de las Creencias de la Salud. Éste considera que es más probable que las personas tomen medidas para prevenir o controlar un trastorno de salud cuando piensan que tiene consecuencias potencialmente graves y que la medida que puedan tomar sería beneficiosa para reducir su vulnerabilidad a la enfermedad o la gravedad de ésta.

Algunos conceptos fundamentales que plantea son:

La vulnerabilidad percibida: La percepción de las personas de su probabilidad de sufrir un trastorno, como un embarazo o la infección por el VIH.

La gravedad percibida: Las opiniones acerca de qué tan graves son las consecuencias médicas, sociales o económicas de un trastorno de salud.

Los beneficios percibidos: Las percepciones de la eficacia de la medida recomendada para reducir los riesgos a la salud.

Las barreras percibidas: Las percepciones de los costos psicológicos, sociales o económicos de adoptar el nuevo comportamiento vinculado con la salud.

Los factores que estimulan o desencadenan la acción: Los acontecimientos que aumentan la probabilidad de la adopción de la medida, entre ellos los síntomas de una infección o la exposición a mensajes radiofónicos.

La eficiencia personal: La convicción de que uno puede aplicar con éxito una medida.

Otras variables: En especial factores sociodemográficos como el grado de escolaridad, que afectan las percepciones del individuo y por consiguiente influyen indirectamente en el comportamiento vinculado con la salud.

2.4 Modelo de la Reducción del Riesgo de SIDA

Proporciona un marco para explicar el cambio de comportamiento en relación con la transmisión sexual del VIH/SIDA. Postula tres etapas del cambio:

- El reconocimiento y la caracterización del propio comportamiento como de alto riesgo.
- El compromiso de reducir los contactos sexuales de alto riesgo y de aumentar las prácticas de bajo riesgo.
- La acción, que se refiere a la obtención de remedios y la puesta en práctica de soluciones.

Las variables que influyen a través de estas etapas incluyen el conocimiento de actividades sexuales asociadas con la transmisión del SIDA; la creencia en la vulnerabilidad personal; la opinión de que el SIDA es indeseable; el conocimiento de la conveniencia de la buena salud y el placer de una práctica sexual; las redes sociales y

la ayuda para resolver problemas; la autoestima; la comunicación verbal con la pareja sexual; así como las creencias y los comportamientos de la pareja; entre otras.

2.5 Modelo Político-Económico

Parte de la idea de que las desigualdades socioeconómicas son la base de la epidemia y que constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Incorpora los conceptos de vulnerabilidad social e individual y exclusión social.

Además lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/SIDA, incentivando un cambio social capaz de hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad y propone que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no sólo por razones humanitarias y de derecho, sino también de salud pública. Esto trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.⁸

2.6 Teoría de la Percepción del Riesgo

Dicha teoría explica que la percepción del peligro de las personas es una variable en función de lo que ellas mismas conocen sobre el riesgo que puede presentarse en ese momento y lugar; es decir, cada individuo o sociedad percibe y valora de diferente manera manifestaciones, efectos y consecuencias de los riesgos.

2.7 Conceptos básicos

Como anteriormente se mencionó, estas teorías aportan elementos importantes para la comprensión del estudio; asimismo, resulta necesario definir algunos conceptos para la contextualización del estudio, como saber qué son el VIH y el SIDA, además de una breve descripción de los mismos.

2.7.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano destruyendo específicamente los linfocitos T o CD4 y es causante del SIDA. Actúa por años sin que se presente algún síntoma, por lo cual los portadores del virus son llamados portador sin síntomas, portador asintomático o portador seropositivos.⁹

Este virus pertenece a la familia de los retrovirus humanos (*retroviridae*) dentro de la subfamilia *lentivirus*. Se reconocen dos tipos: el VIH-1 y el VIH-2. La patogenicidad del VIH-2 es menor que la del VIH-1; tiene una evolución más lenta y la transmisión materno infantil es menor.¹

2.7.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Es un término de vigilancia definido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América y el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (EuroVIH).¹⁰ Se refiere a la etapa final de la infección por VIH.

El cuadro clínico se presenta entre siete y diez años después de que la persona ha sido "portador asintomático" del VIH. Se caracteriza por un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que ocasiona un conjunto de graves enfermedades que causan la muerte.⁹

2.7.3 Clasificación del VIH/SIDA

En 1983 se revisó el sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA, el cual se basa en tres niveles de recuento de los linfocitos T o CD4 y en tres categorías clínicas. Está representado por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes. (Ver Cuadro 1.)

Con este sistema, un paciente con infección por el VIH con recuento de linfocitos T CD4+ menor de 200/ μ l sufre SIDA, sin importar si presenta o no los síntomas de enfermedades oportunistas. Una vez que los enfermos entran en la situación clínica definida como categoría B, su enfermedad no vuelve ya a la categoría A, ni siquiera en caso de que el cuadro ceda; lo mismo sucede con la categoría C en relación con la B.¹¹

Cuadro 1. Clasificación del VIH/SIDA de acuerdo con las tres categorías clínicas determinadas por el Sistema de clasificación para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA, emitido en 1983.

Célula T CD4 + Categorías	A Asintomático, Aguda (primaria) VIH o PGL*	B Sintomático, Cuadros no A ni C	C Cuadros Definidores de SIDA
>500/μl	A1	B1	C1
200-499/ μl	A2	B2	C2
<200/ μl	A3	B3	C3

* PGL, Linfadenopatía Generalizada Persistente (Progressive Generalized Lymphadenopathy).

Fuente: MMWR 42 (No. RR-17), 18 de diciembre de 1992.

2.7.4 Transmisión del VIH

Se transmite/transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una Persona que Vive con el Virus del VIH (PVVIH); así como la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.¹¹

2.7.5 Diagnóstico del VIH

El diagnóstico se apoya en estudios de laboratorio, que desarrollaron la Prueba de Inmunoabsorbente Ligado a Enzimas (Enzymelinked Immunosorbent Assay, ELISA) para la detección de antígenos y el método de ELISA para la detección de la IgM. Éstos permiten realizar el diagnóstico en pocas horas con una sola muestra de suero y son útiles especialmente en los casos graves.

Las pruebas más sensibles basadas en el Análisis de la Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Inversa (Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction, RT-PCR) permiten establecer el diagnóstico con muestras sin antígeno detectable y proporcionan información genética útil sobre el virus. También se puede diagnosticar la presencia de VIH en saliva.¹¹

2.7.6 Tratamiento del VIH/SIDA

Para tratar el VIH/SIDA se recomiendan antirretrovirales específicos, antimicrobianos y profilácticos, esenciales para brindar a los pacientes infectados una mejor calidad de vida. Asimismo, se les debe dar el asesoramiento y la educación adecuadas acerca de su enfermedad

e informarlos sobre el riesgo de contagio hacia los demás. En necesario instruirlos sobre la evolución de la enfermedad, así como escuchar y ser sensible a sus temores y preocupaciones.¹¹

Tomando en cuenta que este trabajo el enfocado a conocer el nivel de conocimientos que la población indígena de la región de Zongolica, Veracruz, tiene sobre el VIH/SIDA, es conveniente mencionar a qué nos referimos con población indígena, por lo que a continuación se presenta la definición.

2.7.7 Población nahua

Entendemos por población nahua todos aquellos individuos que se declaren a sí mismos pertenecientes a este grupo étnico o son hablantes de la lengua náhuatl. Se considera municipio nahua aquél que esté compuesto en 40% o más de la población total por miembros de esta etnia.¹²

3. MARCO EMPÍRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los más graves problemas de salud pública en todo el mundo se encuentran la infección por VIH y el SIDA.¹³

El texto "25 años de SIDA en México, logros, desaciertos y retos" presenta un estudio basado en la integración de información proveniente de fuentes primarias, secundarias y datos estadísticos,⁹ en el que, de acuerdo con el número total de casos registrados, México ocupa el tercer lugar en el continente americano. Según estas cifras, desde el primer caso registrado de SIDA en México en 1983 hasta el 15 de noviembre del 2007, la incidencia acumulada era de 115,651 casos de los que 83% son hombres y 17% mujeres, observándose así una razón hombre/mujer de 5:1. Del total de los casos 50% se concentraba en cinco entidades federativas: Distrito Federal, 20,881; Estado de México, 12,183; Veracruz, 10,420; Jalisco, 9,911 y Puebla, 5,676 casos.

Este estudio también presenta datos de casos rurales en 1994, los cuales ocupaban 4.7% del total de casos registrados ese año. A partir de entonces se observa una tendencia importante de crecimiento relativo de los

a Registro Nacional de casos de SIDA, estudios centinela, estudios de Segunda Generación, censos, conteos, estimaciones elaborados por el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre otros.

casos rurales, dando como resultado para 1999 8% de los casos diagnosticados en ese año.

Si bien es cierto que estos casos no tienen un peso relativo, representan un problema en el momento de instrumentar las estrategias de prevención y atención utilizadas en las urbes en los municipios indígenas, pues con frecuencia la población rural tiene menor escolaridad; no domina la lengua española; hay deficiente comprensión de ésta o padece desigualdad de género. Todo ello interfiere en el instante de interpretar adecuadamente la información sobre la enfermedad.²

En concreto, la epidemia del VIH ha continuado su expansión, en gran parte porque no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionadas con el virus.

Las etnias que componen la comunidad indígena están sujetas a mayor vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, pues además de que enfrentan muchos de los mismos obstáculos económicos de otros grupos, existen otras barreras sociales y culturales particulares. Suelen tener menor escolaridad y mayor analfabetismo que la población en general (siendo más grave la situación entre las mujeres) y están sujetos(as) a la discriminación racial fuera de sus comunidades.

De acuerdo con la información obtenida en un Taller llevado a cabo en Antigua, Guatemala, en Mayo de 2004, algunos factores culturales que inciden en la infección del VIH entre los diversos grupos étnicos de la región son:¹⁴

- Conocimiento limitado sobre salud sexual y reproductiva.
- Influencia de la Iglesia en los hábitos sexuales.
- Consumo de alcohol y otras drogas.
- La pobreza como potenciador del riesgo.
- La migración aumenta el riesgo de infección.
- Las relaciones de poder y la construcción cultural de género como potenciadores de riesgo.
- Dificultades durante la negociación con la pareja del uso del preservativo.
- Mitos y resistencias en cuanto al uso del preservativo o condón.
- Acceso y uso de condón restringido, dependiendo de la comunidad.
- Violencia doméstica y sexual.
- Mitificación de la fidelidad como factor.
- Discriminación a pueblos indígenas al proveer servicios

de salud pública.

- Atención diferenciada de acuerdo con actitudes discriminatorias.
- Falta de educación formal y específicamente en prevención.
- Políticas gubernamentales limitantes para personas que viven con VIH/SIDA.
- Estigmatización y discriminación de las diferentes formas de expresión de la diversidad.
- Fracaso de las campañas de prevención e información por desconocimiento del idioma de la población.

Existe otro factor que no se considera las más de las veces y son los conceptos de enfermedad y de salud que tienen estas comunidades y que facilitan pero también dificultan la comprensión y apropiación de los conocimientos sobre nuevas enfermedades. Por tanto, afecta la percepción o no del hecho patológico, así como la gravedad y el grado de riesgo que se le otorgan si es reconocida como "enfermedad".

En el documento "Abya-Yala Kuyarinakui", los pueblos indígenas generalmente distinguen las enfermedades del Campo o de la Tierra, que pueden ser curadas por los terapeutas indígenas; de aquellas enfermedades introducidas recientemente y que se solucionan con la atención de los médicos universitarios. Algunos pueblos las llaman enfermedades de Dios, al considerarlas una especie de castigo divino por haber transgredido algunas leyes propias o haber entrado en un contacto no apropiado con las costumbres de otros pueblos. Para ellos son "microbiosas" (o castigos enviados por Dios) a las enfermedades venéreas, entre éstas el SIDA.¹⁵

Los quechuas de la sierra sur de Ecuador llaman a la sífilis "enfermedad del hombre y de la mujer" y la relacionan con las "malas costumbres" de los blancos y con el clima cálido y húmedo de la costa.¹⁵

Los garífunas relacionan las enfermedades venéreas con las concepciones que tienen sobre el cuerpo y sus emanaciones, considerando que el contagio es a través del sudor, el olor, la sangre, el semen o la leche materna.¹⁶

Los miskitos asocian directamente al SIDA con la debilidad del organismo y del pueblo, considerando que si se come bien y se tiene el cuerpo fuerte no se enfermará la persona; sin embargo, una vez cogido por el virus, nadie ni nada lo salva porque no es el SIDA el que mata, sino la brujería y el envenenamiento los que causan la muerte del enfermo.¹⁷

Los marrones de Surinam creen que una persona contrae una Infección de Transmisión Sexual (ITS) de maneras diferentes de una relación sexual. Por ejemplo: los hombres atribuyen su *droipi* (gonorrea) a levantar algo pesado o al agotamiento; las mujeres creen que la ITS se contrajo después de que ellas se golpearon el dedo del pie en una piedra o como el resultado de una caída al llevar una carga pesada (principalmente una cesta con casave) en su cabeza.¹⁸

En México, según los datos de la organización Comunicación e Información de la Mujer A.C. (CIMAC),¹⁹ un grupo de mujeres indígenas participantes en un taller sobre derechos sexuales y reproductivos, provenientes de diversos estados de la República como Guerrero, Veracruz y Querétaro, denunciaron que el cáncer y el VIH/SIDA son las enfermedades más comunes de sus lugares de origen, situación que se agrava debido a la extrema pobreza en la que viven.

Existen algunos estudios que muestran la relación de la migración hacia Estados Unidos con el aumento de los casos de VIH/SIDA en amas de casa de municipios rurales en México. Un ejemplo es el Estado de México, donde el patrón de la enfermedad muestra que por cada 11 casos en las ciudades del Valle de México, hay por lo menos uno en las zonas rurales de la entidad y están relacionados con esposas de trabajadores migrantes.²⁰

En febrero del 2004 y en diciembre del 2005 se realizó un estudio en localidades indígenas de Michoacán y Oaxaca, con altos niveles de expulsión migratoria, con rezago comunitario y casos registrados de VIH/SIDA. Titulado "Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México" tuvo como objetivo analizar la vulnerabilidad para ITS/VIH entre mujeres purépechas y zapotecas unidas en concubinato con varones que practican sexo sin protección.

Los resultados obtenidos señalaron que la ruralización de ITS/VIH puede relacionarse con las prácticas de iniciación sexual femeninas, pero sobre todo con el miedo del migrante a que su concubina tenga relaciones extraconyugales en su ausencia. El embarazo y la crianza son recursos masculinos de control de las esposas, lo cual implica formas de vulnerabilidad para las mujeres indígenas en las localidades estudiadas, cuya sexualidad tiene un remarcado carácter reproductivo.²¹

En 2007 la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) realizó una consulta con la

finalidad de tener una aproximación sobre la percepción que la población indígena tiene acerca del VIH/SIDA en seis estados de la República Mexicana. En Veracruz se consultó a 851 personas procedentes de 18 municipios con población indígena; la edad de los consultados estaba comprendida entre 14 y 78 años. A estas personas se les aplicó un cuestionario conformado por tres apartados:

- Datos generales: nombre, edad, lugar de nacimiento, si habla castellano, lengua indígena que entiende, habla, lee o escribe, género y escolaridad.
- Situación de riesgo: si ha trabajado fuera del municipio, del estado o del país.
- Percepción e información del tema: conocimientos acerca del VIH/SIDA.

Los resultados mostraron que 37.2% de los consultados refirieron haber trabajado fuera de su municipio, 31.5% fuera del Estado y 9.3% fuera del país; también se refirió que 18% de la población consultada no tenía información sobre el SIDA, 8.4 % no sabía qué era el SIDA y 13% no se protegía para evitar ITS; asimismo 27.8% manifestó que en su comunidad existe rechazo a los enfermos de SIDA.²²

Por último, en el marco de la Segunda Preconferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos, realizada del 31 de julio al 2 de agosto de 2008 en la ciudad de México, se llevó a cabo una mesa de trabajo donde se presentaron los resultados de estudios realizados sobre el VIH/SIDA en población indígena de diferentes países de Latinoamérica. A continuación se presentan los resultados más sobresalientes de dichos estudios.

En el 2004 y parte del 2005 se realizó el proyecto 386 "La problemática del VIH/SIDA en poblaciones migrantes étnicas en contexto de pobreza urbana de la ciudad de Rosario", encontrándose que los factores que inciden en la problemática de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA de los pueblos migrantes indígenas de Rosario son:

- La situación de pobreza extrema;
- La discriminación y estigmatización;
- La falta de capacitación de los profesionales de la salud respecto a nociones básicas de la salud intercultural;
- La no inclusión de la lengua indígena en las políticas preventivas de salud y
- El desconocimiento por parte de los que diseñan

las políticas públicas de salud, de la cosmovisión, concepción de salud y saberes tradicionales de los pueblos indígenas.

Asimismo, se observó un notable desconocimiento de representaciones, creencias y prácticas de los indígenas sobre su sexualidad por parte de los servicios públicos de salud, además de falta de accesibilidad al sistema de salud, presentándose problemas de comunicación o falta de comprensión de las prescripciones médicas, aunado a que la perspectiva biomédica secundariza algunas concepciones de "enfermedad", que para la comunidad son visualizadas como tales.²³

Otro estudio realizado en las comunidades tobas de Argentina reveló que el VIH-SIDA es considerado "*una enfermedad*" (*nalolagá*) "*que se lleva en la sangre*", siendo migrantes de contextos rurales las personas que dijeron desconocer por completo qué es el VIH-SIDA. También se encontró asociación entre los consumos de alcohol y de drogas y VIH-SIDA siendo manifestada principalmente por los jóvenes, dentro de este grupo las más "proclives" a enfermar de VIH-SIDA eran las mujeres.²⁴

En un estudio de las comunidades indígenas en Colombia se identificó que en el contexto sociocultural afloran evidencias de una epidemia que amenaza con ser más profunda y dramática de lo que a simple vista parece y en la que confluyen la vulnerabilidad étnica, el género, el estigma, la discriminación, la pobreza, el conflicto armado, la falta de oportunidades, el desconocimiento, los crecientes procesos de aculturación y el choque con una cultura occidental intolerante.²⁵

Finalmente en el estudio "VIH y SIDA, pueblos indígenas y originarios e interculturalidad en Bolivia" se identificó que no existe información sistematizada sobre aspectos socioculturales como la lengua, las concepciones de salud y de enfermedad, los roles de género, entre otros, susceptibles de generar mayor vulnerabilidad a las ITS y el VIH entre los pueblos indígenas y originarios, además que se observó en algunas comunidades indígenas una fuerte estigmatización hacia las personas que viven con el VIH y/o el SIDA.²⁶

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevención y atención del VIH han sido hasta la fecha relativamente insuficientes, pues a pesar de que existe una conciencia del peligro en el plano mundial no resulta suficiente para llevar a las personas a cambiar de forma

significativa su comportamiento sexual respecto de la prevención y la atención. Ello se debe a factores que no son médicos ni sanitarios, pero deben entenderse y tenerse en cuenta en las nuevas estrategias. Además, los medios de información no suelen estar adaptados a la capacidad de comprensión de la población.

La determinación de las diversas situaciones de alto riesgo plantea dos problemas paralelos al enfoque epidemiológico y son de índole social y cultural:²⁷

- La conciencia personal, familiar y colectiva del riesgo de infección y sus consecuencias y, en situaciones óptimas, la decisión consiguiente de protegerse durante el contacto o de abstenerse.
- La aceptación pública y el reconocimiento oficial del riesgo y sus consecuencias y/o la revelación de la infección por parte del grupo, la comunidad, la sociedad o las autoridades públicas en contraposición al silencio y la negación.

En este sentido, la población indígena se encuentra en una condición de alta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y las ITS con relación a la población en general al no tener las mismas oportunidades y condiciones de educación, salud, económicas, demográficas e informativas. A esta situación contribuyen asimismo prácticas de riesgo, marginación, migración, uso de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales de alto riesgo al carecer de la práctica del uso del condón. Pero también a las propias creencias y teorías con las que explican el complejo de signos, dolencias y enfermedades que se asocian al VIH, lo que da una dimensión intercultural al problema de la información, la sensibilización y la concienciación ante el problema y las acciones que se desencadenan para su prevención y tratamiento.

La situación de las comunidades indígenas frente al VIH es compleja y de difícil diagnóstico debido a la diversidad de factores asociados y por no concebirse las relaciones ITS-VIH/SIDA-comunidades indígenas como un fenómeno relevante en el panorama de la epidemia.

Además el VIH/SIDA aún parece ser un padecimiento que no es visto como una amenaza personal, se trata de un peligro para otros, es parte de la construcción de la otredad. Asimismo la comunidad se construye como un lugar donde los riesgos frente a ITS/VIH/SIDA son prácticamente inexistentes; al contrario de la ciudad que se construye como un lugar donde existen mayores peligros vinculados al ejercicio sexual.

El panorama es más grave si se considera el hecho de que en muchas comunidades no se conoce a alguien que esté enfermo de SIDA o haya muerto por dicho padecimiento, lo cual hace todavía más improbable que se reconozca al SIDA como una realidad cercana que a su vez posibilite la construcción de un riesgo próximo.

Por lo anterior debemos tomar en cuenta que para prevenir y tratar la epidemia del VIH/SIDA no bastan las consideraciones médicas o la simple comunicación de conocimientos y la educación, pues se trata de un fenómeno socioeconómico y cultural para el cual es necesario adoptar un enfoque intercultural que considere referencias y recursos culturales de la población (llámense estilos de vida, sistemas de valores, tradiciones, creencias y derechos humanos), como parte de los criterios y fundamentos para la planificación de respuestas pertinentes de prevención y atención, lo cual permitirá cambios profundos y a largo plazo en el comportamiento de las personas.

De este modo, al considerar las especificidades culturales en la elaboración de políticas y métodos de prevención y atención del VIH/SIDA, estos serán más eficaces, pues habrá un mejor entendimiento al propiciar una nueva conciencia de responsabilidad, motivando una adecuada disposición para la movilización contra la propagación de la epidemia.²⁷

4.1 Justificación

En el año 2005 el estado de Veracruz tenía una población de 7,110,214 habitantes, de los que 969,439 (13.6%) eran de procedencia indígena y de éstos 9.5 % se identificaron como monolingües, 28.9% eran analfabetas y 26.1% no contaba con instrucción primaria.²⁸

A pesar de ser un porcentaje significativo de población, es importante mencionar que no existe información precisa sobre la prevalencia de VIH/SIDA y su relación con otras variables como etnicidad, nivel de competencia comunicativa y otros factores culturales que están presentes en los diferentes grupos étnicos del Estado de Veracruz.

Por lo anterior, resulta importante que se conozcan y se consideren las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas, el perfil epidemiológico que presentan, así como los factores protectores y de riesgo y la atención que reciben por parte de los Servicios de Salud; con la finalidad de diseñar y poner en marcha estrategias y programas adecuados a esta población

que garanticen una mayor efectividad en la prevención del VIH/SIDA.

El presente estudio pretendió conocer el nivel de conocimiento y las opiniones que la población nahua de la región de Zongolica tiene sobre el VIH/SIDA, con la finalidad de aportar información precisa para elaborar programas que consideren las características socioculturales de esta población y, a través del diseño e instrumentación de estrategias adecuadas, lograr que esta población identifique cuáles son las actividades sexuales asociadas con la transmisión del VIH/SIDA y se consideren vulnerables a contraer la infección y de esta manera prevenir el contagio y su propagación.

4.2 Pregunta de Investigación

Con base en lo anteriormente explicado, para este estudio se planteó la siguiente pregunta:

¿Qué conoce y opina sobre el VIH/SIDA la población nahua de la región de Zongolica?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Conocer el nivel de conocimientos y tipo de opiniones que tiene la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz sobre el VIH/SIDA.

5.2 Objetivos Específicos

1. Diseñar y validar un instrumento que permita identificar el nivel de conocimientos que la población indígena tiene sobre el VIH/SIDA.
2. Describir la población de estudio, sus características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas.
3. Identificar el nivel de conocimientos que la población nahua tiene sobre el VIH/SIDA.
4. Identificar las opiniones que la población nahua tiene sobre el VIH/SIDA.

6. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

El paradigma de investigación que apoyó este estudio fue el positivista, pues describió y explicó el tipo y nivel de conocimientos y opiniones que la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz tiene sobre el VIH/SIDA, a través de la elaboración de un instrumento que contuvo variables cuyas dimensiones se cuantificaron y analizaron.

Es conveniente mencionar que la relación sujeto-objeto fue independiente, neutral y libre de valores. La explicación obtenida del estudio estuvo basada en las causas reales para lograr la objetividad, validez y fiabilidad. El análisis de la información se apoyó en estadística analítica e inferencial.

7. DISEÑO DE ESTUDIO

Dado que la epidemiología raramente estudia la población en su totalidad, es necesario desarrollar estrategias de análisis muestral y de medición que estudien subgrupos de la población y hacer extrapolaciones del conocimiento generado hacia el total de la población.²⁹

7.1 Tipo de estudio

Fue de tipo transversal, también llamado encuesta transversal o encuesta de prevalencia, cuyo diseño de investigación epidemiológica es de uso frecuente. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analizó fue un estudio observacional, pues éste sólo describe o mide el fenómeno estudiado, por tanto no modifica alguno de los factores que intervinieron en el proceso.³⁰

En este estudio no fue posible establecer causalidad entre exposición y efecto, salvo en el caso de exposiciones que no cambian con el tiempo. Su limitación para establecer causalidad se compensó por su flexibilidad para explorar asociaciones entre múltiples exposiciones y efectos. En este caso se buscó comparar los niveles de conocimiento y opiniones que la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz tiene sobre el VIH/SIDA, por tanto fue un estudio analítico. Además de comparativo, dado que se consideró la inclusión de dos poblaciones, las cuales se describieron en función de un grupo de variables.

A pesar de sus limitaciones, los estudios transversales son comunes y útiles, porque su costo es relativamente inferior al de otros diseños epidemiológicos, como los estudios de cohorte. Además proporcionan información importante para la planificación y administración de los servicios de salud.

8. UNIVERSO Y MUESTRA

8.1 Tipo de Muestreo

En las encuestas transversales se define una población para fines del estudio y los datos se recolectan de los sujetos

sin estratificarlos *a priori*, de acuerdo con la presencia o ausencia de la variable que se desee estudiar. Además se debe definir la unidad de observación del estudio, es decir, la unidad sobre la cual se capta información.

Esta investigación se centró en el estudio de una comunidad nahua, cuya población constituyó el universo de estudio. Este caso se eligió con base en algunas variables de la región en la que se sitúa, tales como existencia de comunidades hablantes de lengua náhuatl, grado de analfabetismo, nivel de marginalidad y pobreza, entre otras.

El tipo de muestreo a utilizar fue bietápico. En la primera etapa se determinó el universo, en este caso elegido por conveniencia. La segunda etapa consistió en la selección de viviendas a encuestar dentro de la comunidad seleccionada.

A continuación se presentan los criterios para la selección de la muestra, los cuales estuvieron divididos en criterios para seleccionar la comunidad, criterios para seleccionar las viviendas y criterios para seleccionar a los individuos a encuestar.

8.2 Criterios para selección de comunidades

8.2.1 Criterios de inclusión

- Comunidades del estado de Veracruz en la región de Zongolica que, de acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI, registraron más de 90% de su población total como indígena.
- Comunidades que tuvieran muy alto grado de marginalidad de acuerdo con el Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI.
- Comunidades con grado de analfabetismo superior a 35% según el Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, basado en el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI.
- Comunidades cuya población sin instrucción primaria fuera superior a 30% según el Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, basado en el II Censo de Población y Vivienda, México. 2005 de INEGI.
- Comunidad con al menos 50% de población nahua.

8.2.2 Criterios de exclusión

- Comunidades que no tuvieran registro del porcentaje de población indígena con relación a su población

total, grados de monolingüismo y de analfabetismo, nivel de marginalidad, entre otras variables.

- Comunidad que a pesar de cumplir con los criterios de inclusión fuera de difícil acceso.

8.2.3 Criterios de eliminación

- Comunidades que durante la negociación con las autoridades correspondientes, éstas se negaron a participar o dificultaron la realización del estudio.

8.2.4 Criterios de sustitución

- Se sustituyó la comunidad que no deseó participar en el estudio por otra comunidad seleccionada a conveniencia pero que cumpliera con los criterios de inclusión.

8.3 Criterios para selección de individuos

8.3.1 Criterios de inclusión

- Personas que al momento de la entrevista se declararon residentes de la vivienda.
- Personas mayores de 15 años que vivían en la casa seleccionada.

8.3.2 Criterios de exclusión

- Personas mayores de 15 años que en el momento de la encuesta se encontraban en la casa pero no se declararon residentes.
- Personas con alguna discapacidad que les impidió participar en la encuesta.

8.3.3 Criterios de eliminación

- Personas que refirieron tener dificultades para comprender el planteamiento de las preguntas.
- Personas con alguna discapacidad que no garantizó la respuesta correcta a la encuesta.

Para cumplir con la primera etapa del diseño de estudio que corresponde a la selección del universo de estudio, se realizó una revisión preliminar de algunos indicadores

para los 49 municipios indígenas del Estado de Veracruz,^b a partir de los cuales se consideró la región de Zongolica como la de estudio. Con base en esta revisión y tomando en cuenta los criterios de selección de la comunidad antes mencionados, se elaboró una relación de los municipios que cumplían con dichos criterios.

Posteriormente se realizó una visita exploratoria a la región para verificar el acceso a las comunidades, la distancia entre éstas y la ciudad más cercana (en este caso Orizaba). En tres de ellas, las de mayor interés para el estudio por sus características, se contactó al personal responsable de la clínica de salud para presentar brevemente el proyecto de tesis e indagar si tenían con información que pudiera apoyarnos en dicho estudio.

La primera de estas comunidades fue Mixtla de Altamirano, considerado uno de los municipios más pobres del país y con una distancia aproximada de dos horas de recorrido en automóvil de la ciudad de Orizaba. Catalogado como de muy alto grado de marginalidad, ahí vivían 9,572 habitantes, de los que 9,550 son indígenas (99.8%) y 3,571 eran monolingües. La lengua indígena es el náhuatl. Había 3,472 personas analfabetas (62.7%) y 3,272 sin instrucción primaria (59.1%).

La siguiente comunidad visitada fue Tequila, aproximadamente a una hora de recorrido en automóvil de la ciudad de Orizaba. También es considerado un municipio con muy alto grado de marginalidad; con 12,206 habitantes de los que 11,960 era población indígena (98%), siendo el náhuatl la principal lengua indígena. De la población de 15 años y más, 2,476 eran analfabetas (34.2%) y 2,164 no tenían instrucción primaria (30%).

Por último, se visitó el municipio de Ixhuatlancillo, a 20 minutos por carretera de la ciudad de Orizaba. Considerado un municipio con alto grado de marginalidad tenía 15,644 habitantes; de los cuales 6,557 eran indígenas (41.9%) y de éstos 231 eran monolingües (1.5%). Su población analfabeta era de 2,378 personas

^b Estos municipios son: Astacinga, Atlahuilco, Benito Juárez, Chalma, Chiconamel, Chicontepec, Chontla, Chumatlán, Citlaltépetl, Coahuiltán, Coetzala, Coxquihui, Coyutla, Espinal, Filomeno Mata, Ilimatlán, Ixcatepec, Ixhuatlán de Madero, Ixhuatlancillo, Los Reyes, Magdalena, Mecatlán, Mecayapan, Mixtla de Altamirano, Pajapan, Papanitla, Platón Sánchez, Playa Vicente, Rafael Delgado, San Andrés Tenejapan, Santiago Sochiapan, Soledad Atzompa, Sotapan, Tantoyuca, Tatahuicapan de Juárez, Tehuipango, Tepetzintla, Tequila, Texcatepec, Texhuacán, Tlachichilco, Tlaquilpa, Tlilapan, Uxpanapa, Xoxocotla, Zaragoza, Zongolica, Zontecomatlán de López y Fuentes y Zozocolco de Hidalgo.

(15.2%) y 2,370 no tenían instrucción primaria (15.1%). Como este municipio no cumplía los criterios antes establecidos no se consideró de primera intención como posible universo de estudio.

Es conveniente mencionar que esta visita fue meramente exploratoria, por lo que para definir formalmente la comunidad fue necesario verificar la viabilidad de llevar a cabo el trabajo de campo (autorización de las autoridades de la comunidad; permisos y apoyos de las instituciones de salud y autoridades administrativas que colaboraron; medios materiales así como recursos económicos y humanos, entre otros) y que hicieran posible la investigación.

La segunda etapa consistió en seleccionar la muestra de las personas a quienes se les aplicó el instrumento. Se realizó muestreo determinístico, en el que se utilizaron los datos de los estratos de la población (sexo, religión u otros), con la finalidad de seleccionar sujetos que fueran representativos de la población. En este tipo de muestreo se asignan cuotas o proporciones a cada estrato.³¹

En el caso de esta investigación, los estratos estuvieron conformados por grupos de edad, considerando que uno de los criterios de inclusión para el estudio era tener igual o más de 15 años de edad.

Es importante mencionar que la muestra se obtuvo del total de la población de la cabecera municipal y no del total de población de cada municipio, pues fue ahí donde se hizo el estudio. Asimismo, se presenta el número de muestra por cada una de las dos localidades anteriormente descritas, con la distribución de la población por grupo de edad (2005) y la cuota asignada a cada grupo, obtenida a través del porcentaje que representa cada grupo de edad en relación con el grupo de 15 años y más. (Ver Cuadros 2 y 3.)

Cuadro 2. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Mixtla de Altamirano (cabecera municipal).

Grupos de edad	Mixtla de Altamirano	Total de población ≥ 15 años N= 315	Porcentaje de la población por sexo		Cuotas	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24		129	20.5	20.5	6	6
25-49		13	2.1	2.1	1	1
50-59		150	23.8	23.8	8	8
60-64		13	2.1	2.1	1	1
65 y más		10	1.6	1.6	1	1
Total		315	50.0	50.0	17	17

Cuadro 3. Distribución de la población y cuota por grupo de edad de Tequila (cabecera municipal).

Grupos de edad	Tequila	Total de población ≥ 15 años N= 2105	Porcentaje de la población por sexo		Cuotas	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24		708	16.8	16.8	35	35
25-49		191	4.5	4.5	10	10
50-59		954	22.7	22.7	48	48
60-64		88	2.1	2.1	4	4
65 y más		164	3.9	3.9	8	8
Total		2105	50.0	50.0	105	105

9. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Las variables son atributos o características de los eventos, de las personas o de los grupos de estudio que cambian de una situación a otra o de un tiempo a otro y que, por tanto, toman diferentes valores. Se clasifican en:³²

- Variables dependientes o respuesta (efecto).
- Variables independientes o explicativas (causa).

Para la realización de este estudio se plantearon algunas variables, que se clasificaron en tres grupos:

- Para el análisis demográfico se proponen las variables:
 - Edad
 - Sexo
 - Lugar de residencia
 - Condición de alfabetismo
 - Nivel de instrucción (escolar)
- Para el análisis etnolingüístico se proponen las variables:
 - Condición de habla española
 - Condición de habla de lengua indígena
 - Identidad étnica autoasignada
- Para el análisis de las condiciones socioeconómicas de la población de estudio se consideran las variables:
 - Condición de actividad económica
 - Ingresos económicos
 - Pobreza
 - Migración
 - Religión
 - Poblaciones vulnerables
- Se proponen las siguientes variables para saber el nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA en la población de estudio:
 - Conocimiento de lo qué es el VIH/SIDA
 - Opinión:
 - ◊ Actitud hacia el VIH/SIDA
 - ◊ Percepción del riesgo de VIH/SIDA
 - Uso de condón

9.1 Variables demográficas

Tabla 1. Variables e indicadores demográficos.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Edad ^c	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Edad proporcionada por el entrevistado.	Cuestionario	Discreta	Años cumplidos
Sexo ^c	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo declarado por el entrevistado: Hombre Mujer	Cuestionario	Nominal	Razón: hombre, mujer. Porcentaje de la población por sexo.
Lugar de residencia ^c	Localidad donde reside la persona.	Localidad donde se localiza la vivienda de la persona encuestada.	Cuestionario	Nominal	Nombre de la comunidad.

Condición de alfabetismo ^d	Situación que distingue a la población de quince años y más, según declare saber leer y escribir un recado.	Personas que declaren saber leer o escribir en el momento de la encuesta.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que sepa leer y escribir.
Nivel de instrucción ^d	Grado de estudio más alto aprobado por la población de cinco años y más de edad, en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Nivel de estudios cursados declarado por el encuestado.	Cuestionario	Ordinal: preescolar, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional, maestría o doctorado.	Porcentaje de personas según nivel de instrucción.
Condición de habla española ^d	Situación que distingue a la población de cinco años y más respecto del conocimiento y uso competente de la lengua española.	Personas que en el momento de la entrevista declaren comprender la lengua española.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que comprenda de modo satisfactorio la lengua española.
Condición de habla de lengua indígena ^d	Situación que distingue a la población de cinco años y más, según declare conocer y usar competentemente o no alguna lengua indígena.	Personas que en el momento de la entrevista declaren hablar alguna lengua indígena.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población que comprenda de modo satisfactorio alguna lengua indígena.
Religión ^d	Creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado.	Creencia o preferencia espiritual que declare tener la persona en el momento de la encuesta.	Cuestionario	Nominal	Porcentaje de la población según su religión.

^c Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Glosario [Internet]. México: INEGI. 2007 [Consultado Oct 28]; 14p. Disponible en http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/disc_a_ig_glo.pdf.

^d Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Glosario [Internet]. México: CDI. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400.

9.2 Variables socio económicas

Tabla 2. Variables e indicadores socioeconómicos.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Condición de actividad económica	Situación que distingue a la población de doce años y más, según haya realizado o no alguna actividad económica en la semana previa al momento de captación. Se clasifica en población económicamente activa y población económicamente inactiva.	Personas que hayan declarado realizar alguna actividad económica, buscaron empleo o se encontraban en cualquiera de las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajador por cuenta propia • Trabajador empleado <ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes - Desempleado - Incapacitados permanentemente para trabajar - Jubilados o pensionados • Personas dedicadas a los quehaceres del Hogar 		Nominal	Porcentaje de personas de 12 años y más según condición de actividad: Inactivas: <ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes • Incapacitados permanentemente para trabajar • Jubilados o pensionados • Personas dedicadas a los quehaceres del hogar Activas: <ul style="list-style-type: none"> • Ocupados • Desocupados
Ingreso económico	Ingreso promedio anual del hogar (suma de los ingresos de la población económicamente activa incluida en el hogar y se pondera de acuerdo con el número de ocupantes del hogar). ^o	Dinero aportado por los miembros de la familia para el sostenimiento diario y el patrimonio económico.		Ordinal: Nivel alto Nivel medio Nivel bajo	Porcentaje de la población según su ingreso económico anual.

^o Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Públ Mex.* 1999; 41 (1): 18-26.

9.3 Variables sobre percepción y factores asociados al VIH/SIDA

Tabla 3. Variables sobre percepción y factores asociados al VIH/SIDA.

Variable	Dimensiones	Definición Operacional	Fuente	Escala de Medición	Indicador
Conocimiento de lo qué es el VIH/SIDA	Conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH.	Personas que al momento de la encuesta manifiesten saber qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite o adquiere, cómo se manifiesta, cómo se trata, y formas de prevención		Ordinal	Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH.
	Conocimiento de las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre las manifestaciones clínicas del VIH/SIDA.
	Conocimiento del tratamiento para el VIH/SIDA.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre el tratamiento del VIH/SIDA.
	Conocimiento sobre formas de prevención del VIH.				Porcentaje de personas que tengan conocimiento sobre las formas de prevención del VIH.
Opinión	Actitud hacia el VIH/SIDA.	Disposición para actuar de una forma determinada frente al VIH/SIDA.		Ordinal	Porcentaje de personas según su actitud frente al VIH/SIDA.
	Percepción del riesgo de VIH/SIDA.	Valoración de la gravedad, virulencia, patogenicidad de la enfermedad y la situación de vulnerabilidad ante la misma.	Opinión que emite la persona entrevistada sobre la virulencia de la enfermedad, el riesgo propio de ser contagiada con VIH y enfermarse de SIDA.	Ordinal: Alto, medio, bajo, nulo	Número, tipo de situaciones y prácticas consideradas de riesgo.
Uso de condón ^f	Método que se utiliza para evitar el contagio de ITS y VIH/SIDA.	Personas que manifiestan conocer y utilizar condones como medio de protección contra el VIH/SIDA y otras ITS.		Nominal	Porcentaje de personas que manifiestan usa preservativos.

Pobreza ^g	1. Pobreza alimentaria: es la población que cuenta con un ingreso per cápita insuficiente como para adquirir una alimentación mínimamente aceptable. 2. Pobreza de capacidades: es la población que si bien puede cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, cuenta con un ingreso per cápita insuficiente como para realizar las inversiones mínimamente aceptables en la educación y la salud de cada uno de los miembros del hogar. 3. Pobreza patrimonial: es la población que si bien puede cubrir sus necesidades mínimas de alimentación, educación y salud, cuenta con un ingreso per cápita que no le es suficiente para adquirir mínimos indispensables de vivienda, vestido, calzado y transporte para cada uno de los miembros del hogar.	Personas que en el momento de la entrevista refieren que su ingreso per cápita es: Menos de 1,500 pesos Entre 1,501 y 3,000 pesos Entre 3,001 y 4,500 pesos Más de 4,501 pesos		Ordinal	Porcentaje de la población según nivel de pobreza.
Migración ^h	Es el cambio de residencia de una o varias personas de manera temporal o definitiva, generalmente con la intención de mejorar su situación económica, así como su desarrollo personal y familiar.	Cuando una persona deja el municipio, el estado o el país donde reside para irse a vivir o trabajar en otro lugar.		Nominal	Porcentaje de personas que han migrado.

^f Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA2-1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unideades/cdi/nom/rm005ssa293.html>.

^g Pobreza. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=suoperacion-de-la-pobreza>.

^h Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Mujeres y Hombres en México 2005 [Internet]. Disponible en: http://www.ine.es/produser/pubweb/disc_info05/disc_aig_glo.pdf.

10. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE DATOS

Una vez diseñado el estudio y las variables a investigar, se definieron los instrumentos para recolectar la información. Para este estudio se elaboró un cuestionario que permitiera conocer el nivel de conocimientos de la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz sobre el VIH/SIDA, cuya aplicación se hizo a través de un encuestador. Este cuestionario estuvo conformado por un total de 69 ítems distribuidos en los siguientes apartados:

Datos generales. Constó de nueve ítems, cuya finalidad fue conocer el dominio del castellano y de la lengua indígena de la localidad; también se preguntó la ocupación del encuestado y la condición de migración del mismo.

Servicios de salud. Aquí se plantearon nueve ítems, cuya intención fue indagar sobre los servicios médicos con que cuenta la comunidad; la condición de derechohabencia de los habitantes de las viviendas encuestadas; el servicio médico de preferencia para las personas que respondieron el cuestionario y su situación dentro del programa Oportunidades.

Percepción, conocimientos y actitud. Exploró las principales variables de este estudio y constó de 37 ítems para conocer el nivel de conocimiento, la percepción y la actitud que las personas encuestadas tienen sobre el VIH/SIDA.

Ficha de identificación. Estuvo conformado por 14 ítems relacionados con los datos personales del encuestado. Se colocó al final del cuestionario pues se consideró que algunos ítems como estado civil o religión sesgarían la información en caso de preguntarse al inicio de la encuesta.

También contenía una hoja de presentación con celdas para registrar datos del encuestador, fecha, hora de inicio y término de la encuesta, dirección de la vivienda encuestada e instrucciones claras de acuerdo con cada pregunta para la recolección adecuada de la información.

10.1 Plan para establecer la validación de los instrumentos

El término validez se refiere “al grado en que un instrumento mide realmente la variable que se desea medir”.³³ En este estudio para obtener la validez de contenido se realizaron grupos de discusión conformados por habitantes de la comunidad de estudio, los cuales se eligieron a conveniencia con la finalidad de revisar, discutir y aportar conocimientos que permitieran la adecuación del instrumento a la comunidad, lo cual pretendía disminuir la posibilidad de sesgos en la respuesta a las preguntas.

Una vez obtenida la versión final del instrumento utilizado para recolectar la información, fue necesario realizar una prueba piloto para detectar fallas en la claridad en las indicaciones; verificar que el planteamiento de cada cuestionamiento fuera correcto para la adecuada comprensión de los ítems, la fácil recolección de la información y, en general, comprobar su funcionalidad.

En este caso se propuso aplicar el cuestionario a un aproximado de cinco personas, cuyas características fueran semejantes a la población donde se realizó el estudio; de igual manera, durante esta prueba se hizo un registro escrito de dificultades o problemas observados durante la misma, con la finalidad de corregir errores y problemas en el cuestionario y su procedimiento de aplicación. Posterior a esto se hicieron las correcciones pertinentes para su aplicación a la muestra poblacional del estudio.

10.2 Plan para determinar la confiabilidad de los instrumentos

“La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales”.³² Ésta se determina a través de diversas técnicas.

En el caso de este estudio se utilizó el método de formas alternativas o paralelas que consiste en aplicar dos o más versiones equivalentes al instrumento de medición, similares en contenido, instrucciones y duración, entre otras características. Estas versiones se aplican a un grupo de personas simultáneamente o dentro de un periodo relativamente corto. Si los resultados de ambas aplicaciones muestran una correlación positiva de manera significativa, el instrumento es confiable.

10.3 Recolección de la información

Por otra parte y dada la importancia de realizar una adecuada recolección de la información se consideró, una vez definidos población y tamaño de muestra, se capacitaran a los encuestadores que apoyaron en la aplicación del cuestionario, con la finalidad de evitar errores u omisiones en el momento de recolectar la información.

Para ello fue necesario que conocieran a fondo el cuestionario, el esquema de muestreo a utilizar y el procedimiento a seguir en caso de que no se aplicara la encuesta, ya sea porque la casa estaba deshabitada, no hubiera quien respondiera a los criterios de inclusión para la encuesta o porque los habitantes de la vivienda se negaron a participar en el estudio.

También se consideró la estandarización de encuestadores con la finalidad de reducir sesgos como el hecho de que un mismo encuestador midiera de diferente manera la variable de interés (variabilidad intraobservador) o que los encuestadores midieran de diferente forma dicha variable (variabilidad entre observadores).

Es importante mencionar que dentro de este plan de recolección de la información, también se incluyó la participación de supervisores, quienes una vez recolectada la información, por parte de los encuestadores, revisaron el llenado del cuestionario y en caso de detectar anomalías u omisiones se les pidió regresar con la persona encuestada para completar o corregir la información, la cual fue nuevamente verificada.

11. PLAN DE PROCESAMIENTO

En este apartado se describe la forma en que se tabuló la información recolectada a través del cuestionario aplicado a la población de estudio. Para esto, se diseñó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007, la cual debió responder a las necesidades de la investigación, es decir, dicha base de datos debió permitir el análisis de la información tal y como se planteó en el plan de análisis.

Una vez diseñada la base de datos, se inició la captura de la información cuidando que tuviera un mínimo de errores. Para ello se realizaron algunas pruebas de control de calidad para verificar que la captura se efectuaba correctamente.

Después de verificar la calidad de la captura de información en el programa Excel, se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 17, la cual debía cumplir los requerimientos de la investigación y se exportó a ella la información de la base de datos de Excel.

Para la validación de esta última base de datos se hicieron exploraciones y análisis preliminares para verificar que los datos hubieran sido codificados apropiadamente y en general la funcionalidad de la base respecto de las necesidades de la investigación.

Cumplidos estos requisitos se diseñó una estrategia de análisis de información que cumpliera con los objetivos del estudio.

12. PLAN DE ANÁLISIS

El análisis de la información obtenida en un estudio transversal como el presente, dependió de los objetivos del mismo.

El objetivo general del estudio fue conocer el nivel de conocimientos que tiene la población nahua de la región de Zongolica, Veracruz sobre el VIH/SIDA. A partir de éste se derivaron los siguientes objetivos específicos, los cuales para fines de la descripción del plan de análisis se presentan sólo aquellos que involucran un análisis estadístico.

Objetivo específico:

- Describir la población de estudio.

Plan de análisis:³⁴

Para cumplir con este objetivo que permitió conocer las características generales de la población de estudio, se propuso la aplicación de estadística descriptiva; es decir, se obtuvo **frecuencia y distribución** de edades, sexo, lugar de residencia, condición de alfabetismo, nivel de instrucción escolar, condición de habla española, condición de habla de lengua indígena, religión, condición de actividad económica, pobreza, migración, uso de condón.

Para la variable edad, se obtuvo también la media.

Objetivo específico:

- Identificar el nivel de conocimientos y la opinión que la población indígena tiene sobre el VIH/SIDA.

Plan de análisis:

Para cumplir con este objetivo, primero se categorizaron las respuestas a las preguntas derivadas de las variables: ingresos económicos, percepción del VIH/SIDA, conocimiento de lo que es el VIH/SIDA. Posteriormente se obtuvo la **distribución de frecuencias y frecuencias relativas** para conocer el número de observaciones y la distribución porcentual de las observaciones dentro de las categorías de cada variable. También se obtuvieron **proporciones**.

Finalmente, para hacer comparación de proporciones se utilizó la prueba **χ^2 significativa** (en caso necesario se empleó la Prueba Exacta de Fisher). En el caso de variables de resultado continuas y variables de exposición categóricas se empleó la prueba **t** para diferencia de proporciones (**T de Student**). En estas pruebas se buscó una índice de confianza (IC) de 95% y un valor de $p=0.05$.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud: El control de las enfermedades transmisibles, 18.a edición. Washington, DC: OPS; 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 613) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Situación de la epidemia de SIDA, 2005.
2. Córdova J, Ponce de León S, Valdespino J, editores. 25 años de SIDA en México logros, desaciertos y retos. México; Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
3. Maguis-Rodríguez C, Del Rio-Zolezzi A, Valdespino-Gómez JL, García-García L. Casos de SIDA en el área rural en México. Salud Pub Mex. 1995; 37(6): 615-623.
4. Szasz I. El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. Temas de Salud Reproductiva. 2004;(2): 121-131.
5. Rodríguez F, Banegas J.R, Herruzo R, Calero J. Causalidad en epidemiología. En Piédrola Gil Medicina preventiva y Salud Pública. 10ª. ed. Barcelona: Masson S.A; 2001. p. 167.
6. Sebastia, J.M. El constructivismo: un marco teórico problemático. Enseñanza de las ciencias.1989;

- 7(2):158-16.
7. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos. Publicación Científica y Técnica No. 614. Organización Panamericana de la Salud. 2006; 216-17.
 8. Estrada J. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Acta Bioethica*;2006;12(1)
 9. La infancia y el VIH/SIDA Colocando a la niñez y la adolescencia en el centro de la respuesta del VIH/SIDA. UNICEF. 2008; Ago 21.
 10. Organización Mundial de la Salud [página de internet] VIH/SIDA; [citado 2008 oct 03] Disponible en. <http://www.who.int/hiv/universalaccess2010/es/index.html>
 11. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y trastornos relacionados. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª. Edición. E.U. 2005. p. 6099- 6241
 12. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. [página de internet] México: Glosario; [citado 2008 oct 05]. Disponible en http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=400
 13. Barros T, Barreto D, Pérez F. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión, sexual y de VIH/SIDA en adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;10(2):86-94
 14. Montijo J, Gottsbacher M. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO. 2004;21
 15. Muñoz-Bernard C. Enfermedad, daño e ideología. *Abya-Yala*.1986; 65-6
 16. Tercero G. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Garífunas. Banco Interamericano de Desarrollo. 2001; 21-22.
 17. Pérez-Chiriboga I. Cosmovisión, comportamiento y SIDA. Un estudio de Antropología Médica entre los Miskitu. *BID*. 2002; 23-27.
 18. Terborg J. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among Saramaka and Ndjuka Maroons in the hinterland of Surinam. *Pro Health*, w/d 2003; 48-9.
 19. Comunicación e Información de la mujer, A. C. 14 junio 2004. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jun/04061405.html>. Denuncian mujeres en taller de salud sexual y reproductiva: Aumenta cáncer y sida en comunidades indígenas.
 20. Montañó T. *El Universal*. México. 2004 May 30. Disponible en: <http://www.sergay.com.mx/sidasemuda.shtml>.
 21. Hernández-Rosete D, Maya O, Bernal E, Castañeda X, Lemp G. Migración y ruralización del SIDA en México. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):131-8
 22. Indicadores socio demográficos [base de datos]. Consulta en el Estado de Veracruz 2007. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
 23. Fernández F. Políticas públicas interculturales, la experiencia del proyecto de prevención de VIH/SIDA con la comunidad qom en Rosario, Argentina. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.
 24. Stival M. VIH-SIDA y poblaciones indígenas. Un estudio antropológico del problema VIH-SIDA en los grupos tobas (qom) de Rosario, Argentina. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/ Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.
 25. Betancourt C, Pinilla M. Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH/Sida en las comunidades indígenas en Colombia. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/ Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.

26. Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes. Segunda Pre-conferencia Mundial de Pueblos Indígenas/ Originarios y Afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las Sexualidades y los Derechos Humanos [ponencia]; 2008 Jul 31-02; México, DF.
27. Información, educación y comunicación culturalmente adecuadas. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO [serie en internet] 2003 [citado 2008 oct 03] 1. Disponible en: http://www.accionensida.org.pe/descarga_detalle.php?id=M027
28. Indicadores socio demográficos de la población total y la población indígena, 2005, Veracruz [base de datos en internet]. CDI-PNUD Sistema de indicadores sobre la población indígena de México con base en: INEGI II Conteo de Población y Vivienda, México. 2005. [citado 2008 oct 20]. Disponible en: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas <http://www.cdi.gob.mx>
29. Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Pub Mex. 2000; 42 (2)
30. Hernández G.E. El proceso de investigación. Perspectiva cuantitativa. Guía práctica para su realización. 2001 Mar; 28-9.
31. Alvira F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos metodológicos 35. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2004.p.34-6
32. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. Salud Pub Mex. 2000;42(4)
33. Hernández R, Fernández –Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª edición. México: McGraw-Hill; 2008. p.277-92
34. Hernández B, Velasco-Mondragón H.E. Encuestas transversales. Salud Pub Mex. 2000; 42(5) 447-55

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA GLUCEMIA ANORMAL EN AYUNO EN SUJETOS MAYORES DE 15 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. VII DE ORIZABA

Aurelio Rojas Rodríguez, Jaime Morales Romero, Clara Luz Sampieri Ramírez, Jorge S. Azamar Martínez, Guillermo Ruiz Navarro

1. INTRODUCCIÓN

Reconocida como epidemia, la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 está incluida dentro del grupo de enfermedades crónico-degenerativas con mayor prevalencia en el mundo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones reportan que hubo alrededor de 171 millones de personas con DM tipo 2 en el mundo en el año 2000 y se espera que esta cifra se eleve a 366 millones para el 2030.

La prevalencia para diabetes en el nivel mundial fue de 2.8% en el 2000 y será de 4.4% en el 2030: en los adultos de 20 años y más de edad se observó una prevalencia de 7.5% distribuido de la siguiente manera: en las mujeres fue de 7.8% y en los varones de 7.2%. La prevalencia de diabetes en población urbana fue de 8.1%, mientras en el área rural de 6.5 por ciento.

En México, el padecimiento es más notorio en la parte norte del país con 8.4% de prevalencia y en el área metropolitana del Distrito Federal con 8.1%. El padecimiento tuvo mayor prevalencia en población menos escolarizada y en edades posteriores a los 60 años, ésta se incrementó en relación directa con la edad en 2.3% y en edades anteriores a los 40 años en 21.2 por ciento.

La DM tipo 2 se identifica como un grupo de enfermedades metabólicas que comparten la hiperglucemia y que se deben a alteraciones en la acción de la hormona insulina, a la ausencia de la misma o a ambas condiciones. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo y disfunción de varios órganos: ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.^{1,2}

En México cinco personas mueren cada hora por diabetes mellitus tipo 2 y alrededor de 49,855 personas fallecen al año en nuestro país por esta causa.³ En la actualidad la DM tipo 2 es la primera causa de muerte en México. Este incremento es el resultado de los cambios en

el estilo de vida de las personas tales como sedentarismo, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Alrededor de 10.9% de la población en México entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca de 30% de los individuos afectados desconoce que tiene la enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen aproximadamente más de seis millones de personas con diabetes, de las cuales poco más de un millón no saben que la padecen.⁴

Los niveles de glucosa en sangre permanecen estables y dentro de los límites normales, en personas sanas (no diabéticas) aun cuando hayan tomado alimentos ricos en azúcares o grasas. Estos niveles de glucosa se estabilizan debido a la existencia de un mecanismo regulador fino y sensible que funciona de la siguiente manera: al ingerir un alimento, los azúcares que éstos contienen son absorbidos a través del intestino y llegan al torrente sanguíneo con la posibilidad de elevar los niveles de glucosa circulantes. Este incremento es detectado por las células productoras de insulina, denominadas células beta, que responden con una secreción efectiva y rápida de esta hormona. Ésta, a su vez, actúa como sustancia clave que abre los accesos de las células en músculos, tejido graso e hígado, permitiendo su entrada y por consecuencia disminuye su nivel en la sangre. Esto forma parte de la fisiología normal de la glucosa.

Encambio, en todos los pacientes diabéticos la producción de insulina está disminuida, motivo por el cual se altera el mecanismo regulador al no acompañarse elevaciones de glucosa con un aumento en la secreción suficiente de insulina y, por tanto, la glucosa no penetra en las células y su cantidad continúa elevándose. Como consecuencia, el riñón, que actúa como filtro para la glucosa, recibe una sobrecarga de la misma y debido a que la capacidad del riñón para concentrarla es limitada, se ve obligado a diluirla, utilizando agua del organismo, lo que conlleva a una deshidratación manifiesta como sensación de sed y resto de los síntomas cardinales de la DM tipo 2 como polidipsia, poliuria, polifagia, adelgazamiento y astenia.^{2,5}

De los factores de riesgo que se relacionan con las alteraciones de la glucosa en sangre capilar están los siguientes: antecedentes familiares de diabetes y de enfermedad cardiovascular, hipertensión, dislipidemia, obesidad, sedentarismo, raza o etnia y antecedentes de diabetes gestacional, entre otros. Los estudios efectuados, hasta el momento sobre cambios en estilos de vida, en personas con un perfil de alto riesgo para desarrollar diabetes, han resultado más efectivos que el uso de medicamentos.⁶

La asociación independiente presente entre la glucemia en ayuno normal y la incidencia de diabetes con los factores de riesgo controlados indica que el riesgo de diabetes aumenta a medida que se incrementa el nivel de glucemia en ayuno, aun dentro de los límites aceptados en la actualidad como normales.⁷

Las personas con buen control en sus niveles de glucosa presentan un estado mejor de salud y bienestar hasta en 80% de los casos de DM tipo 2. Además, los grupos de riesgo tales como los mayores de 15 años que son obesos, los que llevan vida sedentaria, los que tienen antecedentes familiares de diabetes, los consumidores de alcohol y los fumadores de tabaco, así como los hipertensos, sin saberlo, son personas con alta posibilidad para desarrollar DM tipo 2.^{3,8}

En 1985, la OMS estableció criterios para identificar grupos vulnerables basados en la glucemia en ayuno y la tolerancia a la glucosa.⁷ El término Glucosa Alterada en Ayuno (GAA) fue introducido por Charles y colaboradores en 1991 y se refiere a estadios metabólicos intermedios entre la homeostasis de glucosa normal y diabetes, ahora referido como prediabetes.⁷

En 1997, la Asociación Americana de la Diabetes (ADA, por sus siglas en inglés), estableció GAA cuando se presentaban niveles de 100 a 125 mg/dl.⁷ En cambio, la tolerancia alterada de la glucosa se establece a través de una prueba que se hace posterior a la ingesta de 75 mg de glucosa vía oral en la cual se obtienen valores de glucemia entre 140 y 199 mg/dl.⁷

2. MARCO TEÓRICO

En esta sección se precisaron algunos conceptos, los cuales sirvieron de referentes en el desarrollo del estudio.

2.1 Definición de Diabetes Mellitus

*“La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la hiperglucemia que deriva de defectos en ocultación de insulina, acción de insulina o ambos. La hiperglucemia crónica de la diabetes está asociada con daño a largo plazo y disfunción de varios órganos, especialmente los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos”.*⁹ Por ello la diabetes mellitus está considerada como el conjunto de trastornos metabólicos que comparten niveles elevados de glucemia, a partir de la alteración en la producción o la acción de la insulina o, en ocasiones, de ambos. La hiperglucemia está relacionada con la generación del daño en distintos niveles del organismo.

2.2 Definición de Glucemia Alterada en Ayuno

“El término de glucosa plasmática alterada se refiere a los niveles ≥ 100 mg/dl (6.1 mmol/l) pero $<$ de 126 mg/dl (7.8 mmol/l), y contempla estadios metabólicos intermedios entre la homeostasis de glucosa normal y diabetes, ahora referido como prediabetes”.^{4,6,8}

Este término considera un estadio intermedio entre lo normal y lo patológico; establece los límites inferior (100 mg/dl) y superior (125 mg/dl) para considerar a los grupos en riesgo. Recientemente, la ADA recomendó una disminución del límite inferior en 10 mg/dl; es decir, de 110 mg/dl (tal y como se recomendaba anteriormente) a 100 mg/dl logrando con ello un incremento de la sensibilidad de la prueba.⁷

2.3 Definición de Prediabetes

“Estado metabólico intermedio entre la normalidad y la diabetes”. Es un factor de riesgo para diabetes y enfermedad cardiovascular.⁹ Este término se aceptó en el 2003, por la intervención de la ADA, para identificar la etapa que limita lo normal de lo patológico, sin existir aún manifestaciones de sintomatología.

Dentro de la historia natural de la enfermedad, la GAA se encuentra en la etapa previa al desarrollo de la DM tipo 2. Cuando se realizan determinaciones de glucemias capilares y hay GAA, el personal de salud debería ofrecer medidas preventivas como planes alimenticios saludables y sesiones de ejercicio físico; además de acciones de promoción para la salud a través de organizaciones y clubes para la salud, con la finalidad de retardar el desarrollo evolutivo inicial de la DM tipo 2. Pues cuando la

GAA se asocia con otros factores de riesgo se incrementa la posibilidad de que se genere dicha enfermedad.

A través de los años, los criterios diagnósticos para GAA han ido evolucionando, haciéndose más estrictos con la finalidad de ser más sensibles y confiables, para que la GAA se considere predictora de la DM tipo 2.

La DM tipo 2 tiene un origen multifactorial y diverso. Su aparición está sustentada por varias teorías, las cuales hacen referencia sobre los inicios del padecimiento, enmarcando su relación con los diferentes factores asociados que intervienen de manera simultánea.

2.4 Teorías que explican el origen de la Diabetes Mellitus y de la Glucosa Alterada en Ayuno

2.4.1 Modelo Determinista Modificado

Se sabe que la diabetes mellitus tipo 2 no tiene una causa única. De hecho, es el resultado de la influencia de diversos factores de riesgo. Para identificarlos es necesario acudir a diversas teorías de la causalidad. Según el Modelo Determinista Modificado de Causación, nos dice que la enfermedad es inducida por la acción de alguna causa necesaria y suficiente, que tiene un efecto y que establece la acción para generar transformaciones o defectos, que son los precursores de inicio de la enfermedad.

Este Modelo Determinista Modificado, propuesto por Rothman (Modelo de Causación),¹⁰ relaciona principios epidemiológicos, tales como fuerza de efectos; interacción entre causas; proporciones de la enfermedad ocasionadas por causas específicas; así como periodos de incubación, entre otros. En él se define la causa como el suceso, la condición o la característica que inicia o permite, sola o con otras causas, una secuencia de sucesos que tienen como resultado un efecto.

Se considera Determinista porque supone que una enfermedad tiene una o más causas suficientes y cada una por sí misma determina la enfermedad en un individuo. Considerando que cada causa suficiente, está relacionada con varias causas, hay que tomar en cuenta que causa necesaria es la causa componente sin la cual la enfermedad no se produce. El modelo también introduce probabilidades, pues considera que una causa componente aumenta la probabilidad de que una enfermedad se produzca; asimismo, da cabida al azar en forma de factores o causas componentes aún no identificados.¹⁰

2.4.2 Determinantes Sociales

En los últimos años, los determinantes sociales han cobrado mayor relevancia en el campo de la salud para explicar la ocurrencia de enfermedades que constituyen problemas de Salud Pública.¹¹ Sedentarismo, mala alimentación, estrés, baja escolaridad e inequidad en el acceso de los servicios de salud son algunos de estos determinantes que influyen en la aparición de la diabetes y otras enfermedades.

2.4.3 Teoría del Gen Ahorrador

Esta teoría establece que el origen de la DM tipo 2 se debe a un proceso evolutivo de los genes del metabolismo (Néel A., 1962).¹² Según ellos, la obesidad y sus complicaciones como la diabetes, derivó de una transición evolutiva que ha vivido la humanidad. Los grupos de cazadores requerían una maquinaria metabólica muy eficiente, pues vivían alternando periodos de abundancia con otros de hambruna, principalmente en las estaciones de sequía. Quienes tenían esos genes adaptados a los ciclos de festín-hambruna prevalecían en las sociedades primitivas.

Con la transición a la sociedad industrial disminuyeron las posibilidades de hambruna y, con ello, los poseedores de los genes a adaptarse a ella, situándose en una desventaja adaptativa, porque permitieron la aparición de la obesidad permanente y sus complicaciones.

Este proceso de adaptación y selección genética está ocurriendo en los países en proceso de industrialización, por lo anterior se ha reportado un aumento brusco en la frecuencia de la diabetes en las últimas generaciones. Este incremento se ha relacionado con la industrialización y sus dos consecuencias en la salud: el aumento del consumo de calorías y grasas saturadas y la disminución de la actividad física.¹²

Se entiende que el proceso de adaptación a las crisis de privación alimentaria, considerado anteriormente como una fortaleza para la supervivencia, pasó de ser una ventaja a un riesgo debido a la interacción evolutiva que ofrece el mundo moderno, pues tener acceso a los alimentos de manera fácil y rápida sin algún esfuerzo físico establece un estado de riesgo que propicia alteraciones orgánicas y conllevan al origen de la diabetes, a partir de la ingesta desmedida de calorías y grasas suficientes para generar energía. Éstas al permanecer estáticas por la vida sedentaria, se reservan en forma de tejido adiposo

condicionando el incremento de peso que origina la obesidad, precursora de la diabetes mellitus tipo 2.

2.4.4 Teoría de los Orígenes Fetales de la Enfermedad del Adulto

En 1986, Barker en el Reino Unido, al revisar estudios de registros de nacimientos, encontró que quienes tenían un peso menor de 2.5 Kg. corrían mayor riesgo de padecer diabetes inicial, hipertensión, aterosclerosis y resistencia a la insulina al llegar a la vida adulta. Demostró que las condiciones adversas de nutrición en la etapa prenatal y el estrés inducen a una programación adaptativa de diversos tejidos de su organismo. Esto provoca alteraciones morfológicas importantes en diversos tejidos, por ejemplo disminuyen el número de nefronas en el riñón, así como las cantidades de células en el páncreas y el hígado.¹²

Estas modificaciones, que aparecen en etapas muy previas al nacimiento, representan la adaptación genética y de preparación del organismo para un futuro con posibles condiciones de carencia alimenticia. Pero si la sociedad en la que vive el individuo no existe tal carestía por la transición evolutiva del mundo actual, dicha adaptación establece estados de riesgo al manifestarse como una entidad negativa en medio de abundancia de alimentos al alcance de la mano y poca actividad física para consumir los excesos calóricos, que a la postre se depositan en forma de tejido celular adiposo condicionando la obesidad, lo que conlleva la aparición de la DM tipo 2.¹²

2.4.5 Teoría de la Inflamación

En 1995, Stern expuso que la inflamación, la DM tipo 2 y sus complicaciones, especialmente la aterosclerosis, se generan en un ambiente común. Hay evidencias de que los marcadores de la inflamación de fase aguda (reactantes) se elevan antes de iniciar la diabetes. Estos marcadores incluyen la cuenta de glóbulos blancos, del fibrinógeno, de la proteína C reactiva, de la interleucina 6 y del amiloide sérico.^{13, 14}

El papel de la inflamación en la diabetogénesis recibió apoyo de un estudio prospectivo con 27,000 mujeres, corroborando la elevación de los reactantes de fase aguda antes del inicio de la diabetes (Pradhan, 2001).¹⁴⁻¹⁶

La presencia de reactantes que se liberan en los estados de procesos inflamatorios infiere en la aparición de DM tipo 2 y estados de aterosclerosis en etapas futuras de la vida.

2.4.6 Teoría de la Glucotoxicidad

Si un sujeto presenta trastornos que genera la insuficiente secreción de insulina, esto conduce al agotamiento de las células de los islotes pancreáticos y a la obesidad; y si continúa consumiendo grandes cantidades de azúcares y de alimentos, además de tener una vida sedentaria someterá sus receptores celulares a una sobre estimulación. La consecuencia es la saturación de los depósitos de glucógeno muscular, conduciendo a disminuir su capacidad de almacenar glucógeno y permitiendo que una cantidad de glucosa mayor a la normal circule de manera libre.¹⁴

Los estados de hiperglucemia conllevan a un estado de resistencia a la insulina, lo que hace que exista una cantidad suficiente de glucosa circulante; ante este estado, la producción de insulina es cada vez mayor hasta llegar a un grado en que las células pancreáticas declinan su secreción de insulina, lo que trae como consecuencia la generación de estados de glucemias alteradas en ayuno. De continuar con este estilo de vida, es decir el consumo exagerado de alimentos ricos en carbohidratos y azúcares, además de vida sedentaria y nula actividad física, se propicia la generación de DM tipo 2.

2.4.7 Teoría del Agotamiento Pancreático

El agotamiento pancreático produce disminución de la secreción plasmática de insulina, algo muy común en un individuo sano pero con factores de riesgo, pues mantiene su glucemia esforzando las células beta del páncreas a producir mayor cantidad de insulina. Con el tiempo la acción de esta hormona sobre el receptor celular del músculo y adiposo disminuye, entonces este sujeto empieza a vivir con niveles postprandiales de glucosa elevados y con resultados anormales de las pruebas de tolerancia a la glucosa.

Si continúa manteniendo su organismo en estos niveles anormales, lo llevará a un agotamiento en la producción de insulina hasta el grado de que ya no será posible mantener oculta la enfermedad, que se manifestará con sus signos clásicos y en el transcurso del tiempo con la aparición de sus complicaciones.¹⁴

Cuando la función secretora de insulina de las células de páncreas se encuentra disminuida trae consigo el incremento de la glucosa circulante en el torrente sanguíneo, por lo que es lógico tener evidencia de su presencia a través de detección de glucemia capilar en

ayuno, por lo que la identificación de la glucosa alterada en ayuno se hace evidente.

2.4.8 Teoría de Resistencia a la Insulina

Los trastornos implicados en el metabolismo de la glucosa dependen de tres factores: 1. Capacidad de secreción de insulina tanto aguda como continua; 2. Capacidad de la insulina para inhibir la producción hepática y aprovechar la utilización periférica de la glucosa; 3. Capacidad de la glucosa para entrar a las células aun en ausencia de insulina. Por tanto, en la DM tipo 2 se identifican dos trastornos característicos: el agotamiento de la reserva pancreática y la resistencia a la insulina. La presencia de estas alteraciones, tanto de los factores genéticos como ambientales, conduce a la progresión de la disfunción metabólica.¹⁷

Las capacidades de secreción de la insulina, de la inhibición de la producción hepática y de la glucosa para entrar a la célula, así como su utilización periférica, forman parte de los trastornos que condicionan alteración del metabolismo de la glucosa y con ello las primeras manifestaciones de incremento de glucosa circulante, determinada a través del hallazgo de una glucosa anormal en ayuno que precede a un estado de la DM tipo 2.

2.4.9 Teoría de la Lipotoxicidad

Acorde con la hipótesis de Randle,¹⁸ se demostró que el aumento de Ácidos Grasos Libres (AGL) eleva la captación y oxidación, que conjuntamente sirven para propiciar energía, usándose como fuente de la misma en los distintos tejidos en competencia con la glucosa. Además, los AGL reducen la afinidad insulina-receptor, disminuyendo la acción de la insulina en los tejidos insulino-sensibles; favoreciendo así la resistencia a la insulina.

Se ha encontrado que en el músculo se inhibe la captación y oxidación de glucosa, con la consiguiente disminución de la síntesis de glucógeno. En el hígado se produce neo-glucogénesis con mayor producción de glucosa. Como consecuencia de todo ello, hay elevación de los niveles de glucemia y aparece la glucosa alterada.¹⁹

La presencia de AGL interviene disminuyendo la afinidad de los receptores de la insulina, lo que genera una acción disminuida de ésta en la captación de la glucosa en el nivel muscular y tejidos blandos. Esto conduce a la

aparición de la resistencia a la insulina, pues al demandar mayor cantidad de la misma trae como consecuencias que los músculos capten menos glucosa y disminuya la producción de glucógeno condicionado en el hígado la glucogénesis. Así existe mayor cantidad insulina circulante que se traduce en hallazgos de glucosa alterada en ayuno.

3. MARCO EMPÍRICO

La DM tipo 2 es un síndrome que incrementa de manera gradual su prevalencia en el mundo. Está catalogada como la causa de una elevada morbilidad por los diferentes trastornos que generan sus complicaciones, además de que implica altos costos tanto para el individuo como para la sociedad. Esta alteración metabólica tiene una etiología multifactorial, en la que intervienen factores genéticos y ambientales. Dentro de los elementos patogénicos fundamentalmente están: la secreción alterada de insulina, la insulinoresistencia y, con importancia relativa, la sobreproducción hepática y subutilización periférica de glucosa.²⁰

Para que la glucosa alterada en ayuno se considere un antecedente predictor de la DM tipo 2, buscamos sustento en los resultados de estudios realizados que concordaran con lo antes mencionado. Uno de éstos fue el llevado a cabo en la ciudad de Puebla, México, en la Universidad Autónoma del Estado de Puebla en el periodo 1999-2003, con el objetivo de describir los cambios en la frecuencia de GAA con base en el nuevo criterio establecido por la ADA (≥ 100 mg/dl y < 126 mg/dl) y las características clínicas de adolescentes y jóvenes de la población urbana. El hallazgo fue un incremento de seis veces en la frecuencia de GAA al aplicar el nuevo criterio. Nuestros resultados demuestran que las alteraciones de la tolerancia a la glucosa inician desde etapas tempranas de la vida y que su frecuencia era realmente mayor a lo esperado.²¹

Del estudio anterior, los resultados demostraron que existe evidencia de que la GAA aparece en etapas tempranas de la vida y que existen sujetos que al pertenecer a un grupo de edad menor a los 20 años, no son considerados como sujetos vulnerables para desarrollar DM tipo 2 en un futuro próximo; además, al hacer uso del criterio que establece la ADA para valorar GAA se obtuvo una diferencia significativa de diagnóstico de GAA de 1 a 6 respectivamente.²²

El incremento del riesgo a padecer DM tipo 2 en sujetos con glucemias dentro de los límites establecidos por

la ADA (2003) permiten concebir la idea de que con estos hallazgos la GAA elevada puede ser predictora de DM tipo 2, como los resultados encontrados en el estudio realizado por Tirosh (2008 Jun 30).^{22,23}

El criterio diagnóstico (ADA, 2003) permite establecer evidencia sobre el grupo vulnerable que no se consideraba grupo de riesgo para brindarle atención; por este motivo la DM tipo 2 evolucionaba libremente y no se diagnosticaba hasta etapas avanzadas. Actualmente con el uso de GAA se puede identificar al grupo de riesgo y una vez localizado iniciar actividades de medicina preventiva y de promoción a la salud. Lo que resulta de beneficio para los sujetos que están en etapa de prediabetes.

Se sabe que el valor de la glucemia en ayuno tiene un valor predictor de diabetes mellitus. Así lo demostró un estudio en que se encontró que cada incremento de glucemia en un miligramo por decilitro aumentó el riesgo de desarrollar diabetes en el futuro en 6%.²⁴ Se considera que la práctica para detectar GAA serviría para reducir los altos costos generados por DM tipo 2.²⁵

La estrecha asociación independiente entre la GAA y la incidencia de DM tipo 2, posterior al control de otros factores de riesgo, indica que el riesgo de DM tipo 2 aumenta a medida que incrementa el nivel de GAA aun dentro de los límites aceptados en la actualidad como normales.

En otro estudio, realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 32 del IMSS de Nuevo León, por medio de la aplicación de una encuesta para la detección de factores de riesgo para la DM tipo 2 a 220 pacientes con edad entre los 25 y 65 años se encontró prevalencia de 19% de pacientes con GAA. La correlación existente entre los factores de riesgo y la GAA se hace evidente en este estudio.²⁶

Los resultados de otro estudio demostraron que los niveles de GAA se asocian al Síndrome Metabólico (SM) y la detección de GAA es un parámetro de gran ayuda para prevenir el desarrollo de la DM tipo 2.²⁷

Por lo anterior, podemos afirmar que existe evidencia, mediante la realización de estudios empíricos en diferentes momentos y lugares, que aportan datos para considerar la GAA como prueba de tamizaje que ayuda a identificar sujetos prediabéticos.

Otro estudio encontró que la prevalencia de diabetes mellitus en las zonas rurales estudiadas es mayor que

la media nacional, al igual que en las zonas rurales suburbanas respecto de las marginadas.²⁸

La asociación entre factores de riesgo y la glucosa alterada en ayuno en población mayor de quince años se demuestra con los resultados del estudio realizado por Zavala y colaboradores,⁶ determinándose elevada prevalencia de hiperglucemia. Es interesante conocer este dato, pues en fases tempranas de la diabetes, cuando la secreción de insulina disminuye y aumenta la producción hepática de glucosa, aparecen valores elevados de glucemia en ayuno.

Para conocer la prevalencia de la diabetes mellitus y sus factores de riesgo en población urbana en sujetos mayores de quince años revisamos el estudio realizado por García,²⁹ quien encontró una prevalencia de DM relativamente alta de 7.04%. Los factores de riesgo que más se relacionaron con la diabetes fueron baja actividad física, sobrepeso, hipertensión arterial y obesidad.²⁹

De los resultados del estudio anterior encontramos que la prevalencia está relacionada con los factores de riesgo, dentro de los cuales los más asociados son la obesidad, el sedentarismo, el sobrepeso y la hipertensión arterial.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Magnitud

La detección de GAA puede ser de gran ayuda para prevenir la DM tipo 2; mientras algunos autores determinan que ésta puede ser predictora de la misma.²³ Existen circunstancias que permiten entender el porqué no se ha tomado a la GAA como medida de apoyo para identificar a los grupos vulnerables, pues anteriormente había discrepancia sobre los criterios de diagnóstico. La ADA propuso, en 1997, disminuir el nivel del límite inferior de 110 mg/dl, que antes era de 100mg/dl, propuesto por la OMS en 1985. Esta modificación permite identificar a sujetos con riesgo que se encuentran en etapas tempranas para generar la DM tipo 2.

La relación de los factores de riesgo con la GAA es relevante, observándose que entre ambos determinan una mayor posibilidad para desarrollar la DM tipo 2. En los 182 millones de sujetos de ambos sexos de la base de datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en Estados Unidos (NHANES, por sus siglas en inglés) 1999-2000, se observó una elevación súbita de GAA de 6.7 a 24.1%. Entre el grupo de personas de 20 a 49 años, el

aumento de prediabetes sufrió un abrupto incremento de 3.1 a 17.3 por ciento.⁹

También resulta interesante conocer cuáles son los factores de riesgo que se asocian con la GAA y que contribuyen en el origen y desarrollo de la DM tipo 2, tales como: edad, sexo, obesidad, sedentarismo, antecedentes heredofamiliares, tabaquismo, alcoholismo, hipertensión arterial, peso elevado al nacer, madre con antecedentes de diabetes gestacional, etcétera.

4.2 Trascendencia

La GAA permite identificar sujetos en etapa previa a la DM tipo 2. Si se tomara en cuenta dentro de un programa de detección se identificarían candidatos potenciales para desarrollar DM tipo 2, algo muy frecuente en varias partes del mundo. De igual manera sucede en México, por lo que existen condiciones epidemiológicas que señalan que las complicaciones propias del padecimiento no tardan mucho tiempo en manifestarse, como la retinopatía que siete años después de haber iniciado la DM tipo 2 aparece.

Al no tomar en cuentas las cifras de GAA en el estado evolutivo el siguiente estadio es la hiperglucemia, característica de la enfermedad y la que contribuye a ocasionar lesión micro y macrovascular.

Una de las finalidades de establecer glucemia plasmática en ayuno, como medida de control predictiva para identificar diabetes en etapa temprana, es economizar recursos; lograrlo se induciría a una mejor calidad de vida del paciente y repercutiría en el retardo de aparición de la DM tipo 2. Además, se reducirían los costos en gastos de bolsillo por los cuidados en el primero y segundo niveles de atención; el Estado también disminuiría gastos en cuanto al plan de detección, control, atención y cuidados del paciente diabético.

Al reducir los costos, se invertiría en mejorar los medios de detección a través de tamizajes, que la mayoría de las veces se realizan pero se aplican mal por no contar con una cultura de la prevención. Esto se constata en los intentos de las campañas de tamizajes como una carga para el personal responsable, pues se desgastan en la atención de los pacientes ya identificados como enfermos, los cuales por ser muchos y día a día se agregan más, resulta casi imposible darles un seguimiento de manera individualizada como se requiere. Por este motivo no se presta atención especial en identificar

pacientes antes de que se enfermen, es decir en etapa prediabética, lo cual resultaría un ahorro importante en varios sentidos como de personal de salud: reducción de horas médicos; días estancia hospitalaria; en costo beneficio de tratamientos medicamentosos e invasivos y atención de rehabilitación. Desde el punto de vista económico: reducción de gasto por paciente en utensilios y enseres; laboratorio; medicamentos e instrumentos.

4.3 Vulnerabilidad

En épocas recientes se empezaron a realizar estudios con la finalidad de establecer que el uso de la glucemia plasmática en ayuno sea una medida diagnóstica considerando el criterio de la ADA,^{1,8} en etapas iniciales de la DM tipo 2.⁵ Es importante la GAA para identificar sujetos con estado prediabético a los cuales se les daría inducción sobre medidas de promoción a la salud y preventivas para frenar la aparición de la enfermedad; con esto se conseguiría una advertencia para ajustar los estilos de vida y los hábitos alimenticios, así como practicar rutinas de programas de ejercicios que ayuden a retardar las manifestaciones del padecimiento.⁵ Por lo anterior es necesario contar con procedimientos sencillos, confiables y apegados al criterio propuesto por la ADA para mejor efectividad, además de que estén al alcance de todos para identificar sujetos en etapa prediabética.⁵

4.4 Justificación

Para contribuir en la reducción de la incidencia de casos de la DM tipo 2, es necesario identificar a los sujetos vulnerables en etapas tempranas y de esta manera impactar sobre sus manifestaciones características. Por ser lo suficientemente sensible y confiable, además de sencilla, accesible, barata y se apegada a los estándares establecidos se recomienda el uso de la GAA. Así se reducirían los estragos de la enfermedad y sus complicaciones que causan un deterioro marcado en la calidad de vida del paciente, tanto en el aspecto físico como mental.

La GAA es confiable para hacer determinaciones predictivas de riesgo de DM tipo 2 lo cual permitiría identificar en etapas tempranas a los sujetos en grupos de riesgo, considerados como pacientes prediabéticos. Por ello se busca que se incremente como medida exploratoria que al aplicarse de manera correcta sirva para establecer un estado de prediabetes, lo que permitiría iniciar medidas de promoción para la salud y medidas preventivas individualizadas para retardar las manifestaciones.

La investigación permitió generar conocimiento respecto de la GAA, lo cual sirvió para identificar sujetos con riesgo y la relación con los factores asociados. Los resultados del estudio de investigación obtenidos están como precedente para apoyar la práctica de la GAA y se utilizará como medida para la identificación de sujetos con riesgo de desarrollar DM tipo 2, en una fase entre la salud y la enfermedad y con ello disminuir la incidencia de la enfermedad a edades tempranas. Esto implica que a medida que se establezca la GAA para identificar sujetos prediabéticos y se proyecten planes sobre medidas preventivas y de promoción para la salud, se contribuirá a frenar la aparición de casos de diabetes mellitus tipo 2.

4.5 Viabilidad de la Investigación

Los costos generados con la aplicación de este proyecto de investigación tanto financieros, como humanos y materiales fueron solventados por las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba.

4.6 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados de la GAA en sujetos mayores de 15 años de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de GAA y sus factores asociados en sujetos mayores de 15 años de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba.

5.2 Objetivos Específicos

- Descripción de la población blanco
- Identificar prevalencia de glucosa anormal en ayuno en sujetos mayores de 15 años.
- Identificar factores asociados a la glucosa anormal en ayuno en sujetos mayores de 15 años.
- Identificar los factores de riesgo para glucosa anormal en ayuno, ajustados por edad y sexo, en sujetos mayores de 15 años.

6. PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN

El término paradigma se acepta como pluralidad de significados, además de varios usos; también se admite como un conjunto de creencias y actitudes en una

situación compartida con el entorno que nos rodea, que al compartirse por varios científicos se concibe como una metodología determinada.

Al paradigma se le considera un esquema teórico o una ruta de percepción con su línea de comprensión al medio que nos rodea. Por lo anterior, podemos decir que un paradigma influye en una comunidad de científicos, los cuales actúan e interactúan entre sí, con un mismo lenguaje, valores, metas, creencias y normas; además tienen un común orden de ideas para comportarse, lo cual establece una característica particular de un grupo o comunidad.

Los paradigmas positivistas se conocen también como paradigma cuantitativo, empírico-analítico o racionalista, y se consideran una entidad que domina entre las comunidades científicas. El positivismo es una corriente filosófica que acoge determinadas suposiciones sobre las maneras de cómo se concibe el mundo y de cómo se conoce: la particularidad del mundo es independiente de quien lo está estudiando; se rige por leyes que explican, predicen y controlan los fenómenos naturales del mundo y se describen de una manera material u objetiva.

Cuando genera conocimiento, éste se considera objetivo y relacionado con los hechos; es válido en tiempo y lugar porque está basado en la experiencia y no depende de su descubridor; utiliza la lógica metodológica a través del acceso hipotético deductivo y protege la existencia cuando es uniforme y con un orden natural.³¹ Popkwitz, en 1968 propuso que el paradigma positivista, a través de interrelaciones, debe ser universal y sus enunciaciones deben ser independientes propias y limitarse a descubrir relaciones entre los hechos.

El mundo simula un sistema de variables que son elementos separados de un mundo de interacciones que se deben definir de manera operativa. El paradigma positivista expone, según sus dimensiones en la operatividad, que sus intereses puedan explicarse, controlarse y predecirse; que la naturaleza de la realidad se dé; que sea singular y tangible; que los propósitos sean generalizaciones libres de contexto, de tiempo con leyes explicativas y que sus explicaciones sean a partir de causas reales a razón del momento que sirvan como precedente o que se ejecuten de manera simultánea y que se presente libre de valores.

Tomando en consideración lo anterior se consideró que la ubicación del tema del proyecto estuvo dentro del paradigma cuantitativo-positivista.

7. TIPO DE ESTUDIO

Es observacional, transversal y analítico. Es observacional porque el investigador observó el fenómeno que se da de manera independiente del estudio, sin intervenir en él.

Es transversal porque se realizó una medición en un punto del tiempo en cada sujeto de estudio.³²

Es analítico por que describió las relaciones entre dos o más variables en un momento determinado del tiempo comparando dos grupos: sujetos con y sin GAA.³³

8. UNIVERSO

Comprendió el área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, la cual abarca 28 municipios donde se encuentran distribuidos estratégicamente las 54 unidades de salud con una población total de 175,436 habitantes. De éstos, la población de interés para nuestro estudio fue la mayor de 15 años que reside en esa área y era de 116,957 habitantes.

Para este estudio se tomó como unidad de análisis a los sujetos mayores de 15 años que residen en el área de adscripción de las 54 unidades de salud que comprende la totalidad del universo.³⁴

Las unidades de salud están distribuidas en zonas urbanas y rurales con distancias cortas y largas, según esté ubicada la sede jurisdiccional tomada como referencia. Además, de acuerdo con el número de población, las unidades cuentan con determinados núcleos básicos.⁹

8.1 Población Objetivo

Fueron las personas mayores de 15 años que residen en el área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, donde se realizó el proyecto de investigación.

8.2 Población de muestreo

Fue la población mayor de 15 años que reside en el área de responsabilidad de las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba que se tomó en cuenta para el estudio de investigación.

⁹ Un núcleo básico está conformado por un médico general, una enfermera clínica y una enfermera de campo; cuando el área de responsabilidad rebasa los 6,000 habitantes también se integra un promotor de salud.

9. MUESTRA

Fue un subgrupo de la población o un subconjunto de elementos que pertenecen a este conjunto definido en sus características al que llamamos población.

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo probabilístico por estratos, bietápico. La primera etapa consistió en seleccionar una muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

En donde:

- n: Muestra
Tamaño de muestra final
- d: Precisión o error
- Z: Nivel de confianza
- p: Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba

Datos	Valores
N= Población total	116,957 habitantes
d= Precisión o error	0.05
Z= Nivel de confianza	1.96
p= Variabilidad estimada	0.07
n= Muestra	100 habitantes

9.1 Cálculo de la muestra

Obtención del número de muestra correspondiente:

$$n = \frac{1.96^2 [0.07 (1-0.07)]}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 (0.0651)}{0.0025} = \frac{0.2500}{0.0025} = \frac{100}{+ 10\%} = 150$$

La muestra calculada fue de 100 sujetos, con un nivel de confianza de 95% y una precisión de error de 5%. Al resultado se le incrementó 50% de sujetos para aumentar la variabilidad de la muestra, lo que hizo un total de una muestra de 150 sujetos. La aplicación del cuestionario se realizó mediante selección probabilística por método sistemático a los sujetos que acudieron al centro de salud seleccionado; es decir, de cada cuatro pacientes se eligió aleatoriamente uno para la aplicación del cuestionario. La muestra hemática se tomó al día

siguiente, por la mañana, previa información del sujeto seleccionado para asegurar el ayuno de 8 horas o más.

9.2 Técnica de Muestreo Estratificada

Consistió en ordenar a la población en estudio dividiéndola en estratos (subgrupos) homogéneos según sus características. El número de elementos por estrato se determinó proporcionalmente, según la cantidad de unidades que integra cada estrato y con base en la totalidad de la muestra.

La segunda etapa del estudio consistió en seleccionar dos grupos estratificados de las 54 unidades de salud, dividiéndolas en unidades rurales o urbanas,^b de estos dos grupos salieron cuatro unidades médicas como muestra (dos rurales y dos urbanas) y mediante la aplicación de la siguiente fórmula, en donde la totalidad de habitantes que residen en ellas se multiplicó por la siguiente constante:

$$kSh = \frac{n}{N} = \frac{100}{116,957} = 0.00085$$

De tal manera que el total de la sub-población se multiplicó por esta fracción constante con el fin de obtener el tamaño de muestra por el estrato.

9.3 Criterios de Selección

9.3.1 Criterios de inclusión

Sujetos mayores de 15 años, no conocidos como diabéticos, residentes del área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba, ubicados en alguna de las 54 unidades de salud y que al momento de la obtención de la muestra hemática estuvieran con un ayuno de 8 horas o más.

9.3.2 Criterios de exclusión

Sujetos mayores de 15 años que no quisieron participar.

9.3.3 Criterios de eliminación

Sujetos mayores de 15 años que no permitieron la obtención de la muestra hemática.

^b De acuerdo con el INEGI, una población se considera rural cuando tiene menos de 2 500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2 500 personas.

10. VARIABLES

Una variable es una característica o atributo de pertenencia al objeto de estudio; mide y adopta diferentes particularidades susceptibles de ser medidas. Se clasifican en dos grupos: las variables de identificación, que ubican y contextualizan al sujeto y al objeto de estudio; y las variables sustantivas que permiten validar la información y contextualizar el análisis.

Éstas explican cómo van a ser llevadas a la práctica; también realizan una descripción de los atributos medibles y qué conceptos básicos se van a evaluar en la investigación y la descripción de esos atributos en términos de medición.

10.1 Variable dependiente

Propiedad de los sujetos u objetos de estudio que aparece; se presenta o se modifica por la influencia o como consecuencia de una o más variables independientes. Es la variable que el investigador desea comprender, explicar o conocer. Para nuestro proyecto de investigación la variable dependiente fue la GAA.

10.2 Variables independientes

Son los factores en cuya presencia los sujetos de estudio presentan modificaciones en las variables dependientes; son aquellas que puede manipular el investigador. Las variables independientes (causa) condicionan cambios en las dependientes (efecto) y que para nuestro proyecto de investigación fueron: edad, sexo, obesidad, sedentarismo, elevado peso al nacer, antecedentes familiares de diabetes, alcoholismo, tabaquismo e hipertensión arterial y madre con antecedentes de diabetes gestacional.

10.3 Índices e indicadores

Con base en la medición, los valores absolutos de las variables no siempre expresan con claridad la magnitud del evento que se quiere estudiar; esto ocurre frecuentemente cuando se contrasta con otras magnitudes de naturaleza similar. Cuando esto sucede se recurre a cifras relativas, que se construyen a partir de relacionar una cifra absoluta con otra u otras. Al producto de estos procedimientos se les conoce como índices e indicadores.

Variables para el análisis de prevalencia de Glucosa Alterada en Ayuno en la Jurisdicción Sanitaria No. VII de Orizaba

Variable	Tipo	Escala de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Fuente	Indicador
Glucosa Alterada en Ayuno	Dependiente	Nominal	Estado intermedio de la glucosa plasmática en ayuno con cifras de ≥ 100 - < 125 mg/dl (ADA, 2003). ⁷	Sujetos mayores de 15 años que presentan cifras de glucemia capilar periférica de ≥ 100 < 125 mg/dl, medida a través de glucómetro.	Cuestionario	Porcentaje de sujetos con glucosa alterada en ayuno.
Edad	Independiente	Discreta	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento del cuestionario.	Edad proporcionada por el entrevistado en el momento de la aplicación del cuestionario.	Cuestionario	Frecuencia absoluta de edad. Porcentaje de mayores de 15 años por edad y sexo.
Sexo	Independiente	Nominal	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Sexo declarado al momento de aplicación del cuestionario: Hombre Mujer	Cuestionario	Frecuencia absoluta de sexo. Razón Hombre/ Mujer. Porcentaje de población por sexo.
Obesidad	Independiente	Nominal	Acumulación exagerada de grasa en el cuerpo con IMC > 30 (35). (IMC= peso (Kg)/ talla (m) ²).	Sujetos mayores de 15 años con IMC mayor de 30.	Cuestionario	Porcentaje de personas con obesidad.
Antecedentes familiares	Independiente	Nominal	Destaca en ciertas ocasiones de manera indudable la acumulación de ciertas relaciones en determinadas familias, ya sea por heredarse algunas particularidades corporales que predisponen a ellas; ya sea por una modalidad peculiar de reacción del padecimiento. ³⁶	Sujetos mayores de 15 años con abuelos, tíos, padres, hermanos con antecedentes de diabetes en el momento de la aplicación del cuestionario.	Cuestionario	Porcentaje de personas con antecedentes hereditarios para diabetes.
Sedentarismo	Independiente	Nominal	Modo de vida o comportamiento caracterizado por la carencia de agitación o movimiento. El sedentarismo causa numerosas patologías cardiovasculares. ³⁷	Sujeto mayor de 15 años que declare no tener actividad física de más de 30 minutos diarios en el momento de aplicación del cuestionario.	Cuestionario	Porcentaje de personas sin actividad física.

Hipertensión Arterial	Independiente	Continua	<p>La hipertensión arterial se ha definido durante muchos años como:^{38,39}</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hipertensión</th> <th>Sistólica</th> <th>Diastólica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grado 1 (ligera)</td> <td>140 - 159</td> <td>90 - 99</td> </tr> <tr> <td>Grado 2</td> <td>160 - 179</td> <td>100 - 109</td> </tr> <tr> <td>Grado 3 (severa)</td> <td>> 180</td> <td>> 110</td> </tr> </tbody> </table>	Hipertensión	Sistólica	Diastólica	Grado 1 (ligera)	140 - 159	90 - 99	Grado 2	160 - 179	100 - 109	Grado 3 (severa)	> 180	> 110	<p>Sujetos mayores de 15 años con cifras de 140/90 mm/Hg en el momento de la aplicación del cuestionario y posterior a ser medida con estetoscopio y baumanómetro.</p>	Cuestionario	<p>Porcentaje de hipertensos y</p> <p>Prevalencia de hipertensión arterial.</p>
Hipertensión	Sistólica	Diastólica																
Grado 1 (ligera)	140 - 159	90 - 99																
Grado 2	160 - 179	100 - 109																
Grado 3 (severa)	> 180	> 110																
Tabaquismo	Independiente	Nominal	<p>Fenómeno social de primera magnitud que se ha convertido en la primera causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados y por la elevada capacidad adictiva a la nicotina. Se considera una auténtica drogadicción y también una enfermedad crónica.⁴⁰</p>	<p>Sujetos mayores de 15 años que tengan el hábito de fumar en el momento de la aplicación del cuestionario.</p> <p>Fumador leve: menos de 15 cigarrillos promedio por día.</p> <p>Fumador moderado: 15 a 30 cigarrillos promedio por día.</p> <p>Fumador severo: más de 30 cigarrillos promedio por día.</p>	Cuestionario	<p>Porcentaje de fumadores.</p>												
Alcoholismo	Independiente	Nominal	<p>Estado psíquico y normalmente también físico, derivado de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre extrañan una compulsión a tomar alcohol sobre una base continuada o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones evitar las molestias de su ausencia a la tolerancia. Puede estar o no presente.⁴⁰</p>	<p>Sujetos mayores de 15 años que consumen alcohol.</p> <p>Social: de 1 a 2 copas</p> <p>Leve: de 3 a 5 copas</p> <p>Moderado: de 6 a 10 copas</p> <p>Severo: más de 10 copas</p> <p>Por una copa se entiende:</p> <p>Una copa de licor</p> <p>Una copa de vino de mesa</p> <p>Un caballito de tequila o mezcal</p> <p>Una lata o botella de cerveza</p> <p>Un tornillo de pulque</p> <p>Una bebida preparada con ron, whisky o brandy.</p> <p>Un copa de whisky, vodka o ginebra</p>	Cuestionario	<p>Porcentaje de sujetos que consumen alcohol.</p>												
Peso elevado al nacer	Independiente	Nominal	<p>Los niveles de glucosa durante la gestación generan macrosomía, que se define como el peso de los productos por arriba de 4000 grs.⁴¹</p>	<p>Sujetos mayores de 15 años que tengan antecedentes de haber sido productos de elevado peso al nacer \geq de 4000 grs.</p>	Cuestionario	<p>Porcentaje de nacidos con elevado peso al nacer.</p>												

Hijos de madre con diabetes gestacional	Independiente	Nominal	Durante el embarazo los valores de glucosa plasmática aumentan significativamente después de la administración de nutrientes mixtos, observando estrés diabetogénico severo que precipita diabetes gestacional en las mujeres susceptibles. ⁴¹	Sujetos mayores de 15 años que tengan antecedentes de tener madres que desarrollaron diabetes gestacional durante la etapa gestacional.		Porcentaje de hijos de madres con diabetes gestacional.
---	---------------	---------	---	---	--	---

11. RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la selección del estudio de diseño de investigación y al cálculo de muestra apropiada siguió la etapa de recolección de datos pertinentes en relación con las variables que se involucran en la investigación.

La recolección de datos implica tres actividades vinculadas entre sí:

1. La elaboración de un instrumento de medición.
2. La aplicación de este instrumento de medición.
3. Preparar las mediciones obtenidas.

“La definición de medir está basada en dos consideraciones: la primera desde el punto de vista empírico y se concentra en que el centro de atención es la respuesta observable; la segunda es una perspectiva teórica y se refiere a que el interés se sitúa en el concepto subyacente no observable y que es representado por las respuestas”.³³

Para la recolección de datos de este proyecto de investigación, se elaboró un instrumento (cuestionario) que constó de 63 ítems, el cual se aplicó de manera directa en las zonas donde el muestreo así lo determinó.

El instrumento constó de cinco secciones que conjuntamente conformaron la estructura de este material.

- Una sección de consentimiento informado.
- Una sección de datos de identificación general.
- Una sección para datos de información demográfica.
- Una sección de antecedentes familiares y enfermedades crónicas presentes (comorbilidad).
- Una sección de mediciones físicas.

Los requisitos de recolección de los datos que debe cubrir este instrumento de medición son: confiabilidad y validez.

La confiabilidad de un instrumento se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. La validez generalmente se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que se quiere medir.³³

La validez se caracteriza por tener tres tipos de evidencias:

La evidencia relacionada con el contenido se refiere al dominio específico de contenido de lo que se mide.

La evidencia relacionada con el criterio establece la validez del instrumento de medición comparándola con algún criterio externo; éste es el estándar (estándar de oro) con el que se juzgará la validez del instrumento. Si el criterio se fija en el presente, se habla de validez concurrente; si el criterio se fija en el futuro, se habla de validez predictiva.

La evidencia relacionada con el constructo es la más importante desde el punto de vista científico y hace referencia al grado en que una medición se relaciona de manera consistente con otras mediciones. En este estudio para la validación del contenido se realizó consulta a expertos y prueba piloto para verificar una correcta medición de las variables definidas.³³

11.1 Confiabilidad y validez de los instrumentos de medición a utilizar

11.1.1 Antropometría

Las mediciones antropométricas se realizaron de manera individual, previa capacitación y estandarización, de acuerdo con técnicas internacionalmente utilizadas.

El peso se estableció con una báscula con pedestal marca Tanita WB-100 MA P, con la persona descalzada, de pie sobre la parte central de la plataforma de la báscula y en forma simétrica. La báscula se calibró, con pesas de 10 kg, diariamente, antes de iniciar actividades. La lectura se registró en kilogramos.

La talla se midió estando el sujeto de pie y se refirió como la distancia máxima comprendida entre el suelo y el vértex (punto más alto de la cabeza). Para su registro se usó un estadímetro conformado por un flexómetro y una escuadra. El sujeto permaneció sin zapatos, completamente erguido, con los talones juntos, los brazos por un lado del cuerpo y de espaldas a la pared sobre una superficie plana a la cual se fijó el estadímetro. El registro se reportó en centímetros y milímetros.

El perímetro de cintura se midió con una cinta métrica de 150 cm de longitud, de hule flexible y con indicaciones táctiles, graduada en centímetros que sirvió para realizar mediciones en regiones corporales. Su uso es sencillo se coloca el extremo inicial y posteriormente se tiene cuidado de que la cinta no se encuentre enrollada ni flexionada para que brinde una medición segura y confiable. La técnica utilizada es la indicada en el *Manual de Antropometría*, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán.⁴²

11.1.2 Tensión arterial

La medición se efectuó después de por lo menos cinco o diez minutos de reposo, con la persona en posición sentada, con soporte para la espalda, el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón. Se hizo una medición de la tensión arterial en el brazo derecho.

La aparición del primer ruido de Korotkoff marcó el nivel de la tensión arterial sistólica; el quinto, la presión diastólica. Se tomaron dos mediciones con intervalo de 3 a 5 minutos cada una para posteriormente sumar ambas mediciones y dividir las entre dos para sacar una lectura promedio.

La tensión arterial fue la medición registrada en el cuestionario. El instrumento que se usó fue un esfigmomanómetro de brazalete con manguito de hule, más un estetoscopio biauricular marca Lumiscope Manual Blood Pressure Kit (incluye esfigmomanómetro y estetoscopio).

Los resultados presentados en este documento refieren a la medición, excepto en los casos en los que la medición se encontró en el rango definido como de hipertensión, esto es, una tensión arterial sistólica superior a 160 y/o una diastólica igual a 90 o superior.

11.1.3 Glucosa en sangre venosa

La medición de la glucosa plasmática venosa central se realizó mediante lectura de lámpara de espectrofotómetro utilizando el método de God-Pack (Método Enzimático por Colorímetro). Con el equipo Expres Plus se empleó la siguiente técnica de laboratorio para obtener la medición: el personal con las manos limpias y secas antes de manipular la muestra, contenida en un dispositivo diseñado para este fin (tubo de Vacutainer), recibió la muestra, la identificó y metió a la centrífuga por 5 o 10 minutos a 3500 revoluciones por minuto. Los datos se ingresaron al equipo Expres-Plus; la muestra se vació en copas; se efectuó el procedimiento interno del equipo y los resultados se imprimieron con los valores de referencia, obteniéndose el dato de la glucemia central. Este resultado se registró en mg/dl.

12. PLAN DE ANÁLISIS

12.1 Procesamiento estadístico

Las etapas que integran el método estadístico son:

- Recolección de datos
- Recuento y validación de la información
- Presentación de resultados
- Descripción y análisis de resultados.

12.1.1 Plan de tabulación

Es la descripción del procedimiento a seguir para el recuento de los datos y la elaboración de los criterios de

tabulación y los esquemas de gráficos, que muestren los posibles cruces de variables.³⁴

12.1.2 Plan de análisis estadístico

Basado en tres elementos: tipo de investigación, objetivos y tipos de variables. Es importante considerar que para la estimación de las medidas descriptivas es preferible trabajar con distribuciones naturales y no sobre distribuciones agrupadas.³⁴

12.1.3 Estadística descriptiva

Incluye la descripción del tipo de medidas de resumen y pruebas de estadística analítica que se aplicaron de acuerdo con el tipo de variables.

En general las **medidas de resumen** se dividen en:

Medidas de tendencia central:

Moda: Categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia en un grupo de datos.

Mediana: Valor que divide a la distribución por la mitad.

Media: Promedio aritmético de una distribución.

Medidas de dispersión o variabilidad

Rango: Diferencia entre la puntuación mayor y menor.

Desviación estándar: Promedio de las desviaciones de cada puntuación, respecto de la media.

Varianza: Desviación estándar elevada al cuadrado.

Puntuación Z: Transformaciones probabilísticas de los valores puntuales, para analizar la distancia de la media respecto de la desviación estándar.

12.1.4 Estadística inferencial

Para la estadística inferencial se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas.

Las pruebas paramétricas:

Prueba t de Student: Determina si existen diferencias significativas en un determinado nivel de probabilidad, entre media y desviación estándar de dos grupos.

Análisis de varianza unidireccional o Prueba Exacta de Fisher: Analiza si más de dos grupos difieren significativamente entre sí y entre grupos, en cuanto a sus medias y varianzas.

Coefficiente de correlación de Pearson: Analiza la asociación de variables cuantitativas.

Las pruebas no paramétricas:

Chi o Ji cuadrada: Determina la asociación entre las categorías de dos variables cualitativas.

Coefficiente de correlación de Spearman: Calcula si las variables están correlacionadas.

El análisis se realizó con apoyo de paquetes computacionales como SPSS (Statistical Package for Social Science); SAS (Statistical Analysis System); EpiInfo 6.0.4 y Microsoft Office Excel.

12.1.5. Etapas del estudio (ruta crítica)

Se planeó de manera gráfica la relación tiempo-actividad de cada fase del estudio, indicando fechas probables de inicio y término desde la elaboración de protocolo; trabajo de campo; análisis de información; elaboración de informe final y divulgación de resultados. Incluyó las necesidades operativas para la investigación: tipo de personal, capacitación, recursos materiales, así como necesidades de tiempo y económicas.

12.1.6 Cronograma

Para este apartado se sugirió utilizar una gráfica de Gantt^c para señalar las actividades en los tiempos en que se realizaron. En el eje de las "Y" se anotaron las actividades a realizar y en el de las "X" los intervalos de tiempo en que se realizaron.⁴³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Rev Diabetes Care 2005;28(1):S37-S42.
2. Complicaciones micro vasculares en la diabetes mellitus tipo2 Rev Endocrinol y Nut. 2004;12(2):s31-s44.

^c Es la representación gráfica en la cual se enuncia el conjunto de actividades en un proyecto, fijándolas en lapsos previstos y reales de ejecución con el objetivo de ayudar a programar y controlar el desarrollo de las mismas.

3. Olaiz G, Rojas R, Aguilar C, Rauda J, Villapando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos, resultados de la encuesta nacional de salud 2000. *Salud Pública Mex.* 2007;49(2):12-138
4. Zarate M, Ramírez R. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Diabetes Mellitus tipo 2, Sistema de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes Mellitus tipo 2, Secretaria de Salud. pp. 13-3
5. Conget I. Diagnosis, classification and pathogenesis of diabetes mellitus. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55(5):528-35
6. Zavala L, Escobar LM, López CG, Alemán GM, Bardales NJ, Dore MC, et al. Factores de riesgo en alteración de glucemia en población Garífuna Mayor de 15 años en Travesía, Cortés, en mayo 2007. *Rev Fac Cienc Méd. Enero-Junio 2007*:9-22.
7. American Diabetes Association Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Follow-up Report on the Diagnosis of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care.* 2003; 26:3160-7
8. Bastarrachea R, Laviada H, Vázquez C. Análisis crítico de los nuevos criterios que sustentan el diagnóstico de pre-diabetes. *Rev Endocrinol Nut.* 2004;12(2):90-6
9. American Diabetes Association. Report of the expert Committee on the Diagnosis of diabetes Mellitus; Report Committee. *Rev. Diabetes Care.* 2002; 25(1):1-2
10. Piédrola Gil. Medicina preventiva y Salud Pública 10ª Edición. Barcelona 2001. P. 1308.
11. Licham C, Rocabado F. Determinantes sociales de la salud; Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener, Lima (Perú). 2005;17:12-13
12. Malacara J. El enigma de las causas de la diabetes mellitus tipo 2. *Acta Universitaria.* 2003;13(1):5-17
13. Enlaces Médicos (Francia-México). Historia natural de la enfermedad, diabetes mellitus tipo 2. Boletín trimestral Año 1.2005;1:1-8
14. Alexander CM, Ladndman PB, Teutsch EM, Haffner SM. NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes.* 2003;52(5):1210-14.
15. Valenciaga-Rodríguez JL, Navarro-Despaigne D, Faget-Cepero O. Estudios de Intervención dirigidos a disminuir el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cubana Endocrinol.* 2003; 14(3).
16. Pradhan A, Manson J, Rifai N, Buring J, Ridker PM. C-reactive protein, Interleukin 6 and risk of developing type 2 diabetes mellitus. *JAMA.* 2001; 286(3):327-334.
17. Gonzalez A, Alexanderson EG, Alvarado R, Ayud M, Camacho J, Cardona EG, Cardona EG. et al, Consenso Mexicano de Resistencia a la Insulina y Síndrome Metabólico. *Rev Mex Cardiol.* 1999;10(1):3-19
18. Roche E. Diabetes tipo 2: Gluco-lipo-toxicidad y disfunción de la célula β pancreática. *Ars Pharmaceutica.* 2003;44(4):313-32.
19. Durruty P, García de los Ríos M. Glucose and lipid toxicity in the pathogenesis and evolution of type 2 diabetes. *Rev Med Chil.* 2001;129(6):671-9.
20. Edward H, Wagner MD, Sandhu, N, Newton K, McCulloch D, Scott D, Ramsey M, Grothaus, MS Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *JAMA.* 2001;285:182-189.
21. Garcia-Alcalá H. Frequency of early diagnosis of diabetes type 2 in Puebla City, Mexico. *Diabetes;* 2003; 52(S1):A498.
22. Tirosh, A, Shai I, Tekes-Manova D, Israeli E, et al. Normal fasting plasma glucose levels and type 2 diabetes in young men. *N Engl J Med.* 2005;353 (14):1454-62.
23. Tirosh A, Shai I, Bitzur R, Kochba I, Tekes-Manova D, Israeli E, et al Changes in triglyceride levels over time and risk of type 2 diabetes in young men. *Diabetes Care.* 2008; 31:2032-7
24. Nichols GA, Hillier TA, Brown JB. Normal fasting plasma glucose and risk of type 2 diabetes diagnosis. *Am J Med.* 2008;121(6):519-24.

25. Nichols GA, Brown J. Higher medical care costs accompany impaired fasting glucose. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2223-9
26. Palacio R, Granados G, Roel-Garza E. Glicemia alterada en ayunas y factores de riesgo para diabetes mellitus (Trabajo presentado en la VIII Reunión Delegacional de Investigación Médica). *RESPYN*. 2004; (4)
27. Cantú M, Dávila A, Merino M, Narro A, Cervantes S. Incidencia de diabetes Mellitus y glicemia alterada en ayuno asociados al síndrome metabólico, Monterrey N.L., México. 2007
28. García-A E, Madero-F Agustín, Cortés E, Miranda D, Velasco-R V. Elevada prevalencia de diabetes mellitus en zonas rurales de la Comarca Lagunera del estado de Coahuila (Trabajo presentado en el VII Foro Regional de Investigación en Salud del IMSS-Región Norte). *RESPYN*. 2002;(5)
29. García F, Solís J, Calderón J, Luque E, Neyra L, Manrique H. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *Rev Soc Perú*. 2007;20 (3):91-3
30. Velázquez-Monroy O, Rosas-Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelín-Hernández G, Grupo ENSA 2000, Sánchez-Castillo C, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000;73(1):62-77.
31. Arnal J, Rincón D, Latorre A. Investigación educativa. Fundamentos y metodologías. Editorial Labor, S.A. Barcelona (España), 1992.
32. Hernández M, Garrido F, López S. Diseños de Estudios, Epidemiológicos Salud Pública de Mex. 2000;42(2):144-54.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación, Ed. 2da. Editorial Mc Graw-Hill; México 1991. p.182-20
34. Secretaría de Salud. Guía de Información Básica para la Elaboración de Protocolos e Informes Final de la Investigación para la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Dirección de Educación e Investigación, actualización 2007, D.F. (México) pp. 20-2.
35. Romero E, Campollo-Rivas O, Celis de la Rosa A, Vázquez EM, Castro JF. Factores de riesgo de dislipidemias en niños y adolescentes con obesidad. *Salud Pública Mex*. 2007;49(2):103-8.
36. Ibarra MA, Alpizar M, Martínez ME, Jiménez M, Mendoza F, Gonzalez D. Antecedentes familiares de diabetes en diabéticos tipo 1. *Rev Endocrinol Nut*. 2008;8(3):100-4
37. Dustan D-W, Armstrong T, Zimmet P, Wellborn T-A, Cameron A, Dwyer T, et al. Physical activity and television viewing in relation to risk of undiagnosed abnormal glucose metabolism in adult. *Diabetes Care* 2004;27(11):2003-9.
38. National Heart Lung and Blood Institute [Homepage en internet]. National High Blood Pressure Education Program [Consultado en mayo 2009]. Disponible en: www.nhlbi.nih.gov/about/nhbpep/index.htm.
39. Anan F et al Predictors for prehypertension in patients with impaired glucose tolerance. *Hypertension Rev* 2008;31(10):1913-20
40. Nakanishi N. Et al. Cigarette Smoking and risk for Impaired Fasting Glucose And Type 2 Diabetes in Middle-Aged Japanese men; *Ann Intern Med*. 2000;133:183-91
41. Zamora A, Villaseñor J, Ruiz M. Evaluación de riesgo de macrosomía y sus complicaciones a través de los niveles de hemoglobina glucosilada. *Rev Mex Patol Clin*. 1996;43(1):10-4
42. Aparicio M, et al. Manual de Antropometría. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Segunda edición. México. D.F. 2004 pp.13.
43. Robbins SP. Administración Básica. Quinta Edición. Editorial Prentice Hall. 2002, India. pp. 307 – 30.

