

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“Una propuesta metodológica para abordar la calidad de los servicios
locales de salud”**

TRABAJO RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

Arturo González Avila

Director del trabajo recepcional
Dra. Roselia Arminda Rosales Flores

México, D.F. Enero, 2015.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

A Dios

Porque en todo momento me ha bendecido, guiado y permitido culminar esta etapa de mi vida.

A mi papá y mi mamá

Gracias por el apoyo que me brindaron durante mi formación académica, por sus consejos y motivación. Les agradezco por siempre estar al pendiente de mí, los quiero mucho y este logro también es de ustedes.

A mi hermano Diego González

Hermano sabes que te quiero mucho, gracias por escuchar en los momentos buenos y malos, pero sobre todo agradezco tus consejos y tolerancia.

A la Dra. Roselia Rosales

Gracias por transmitir su conocimiento durante este proceso, pero sobre todo por su comprensión y disposición para apoyarme en todo momento, ha sido una gran experiencia haber colaborado con usted.

A la Dra. Magali Cuadra, a la Mtra. Yolanda Gómez, al Mtro. Miguel Ángel Godínez y al Mtro. David Sanz.

Gracias por su tiempo y aportaciones para el desarrollo de esta tesis, sin duda ha sido una grata experiencia y aprendizaje.

A mis amigos

Por sus palabras de aliento para culminar este proceso, gracias por estar siempre conmigo, por sus consejos y apoyo.

A la Universidad Autónoma de la Ciudad de México que me brindo la oportunidad de seguir con mis estudios y facilito los medios para la impresión de esta tesis.

“Nada Humano me es ajeno”

Índice

Introducción	1
--------------	---

Capítulo 1

Problematización

1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivo general	7
1.3 Objetivos específicos	8
1.4 Justificación	8

Capítulo 2

Marco teórico-referencial

2.1 Estado del arte	11
2.2 Antecedentes	18
2.3 Marco teórico	27
2.3.1 Derecho a la salud y su relación con la calidad	27
2.3.2 Elementos esenciales del derecho a la salud	30
2.3.3 Calidad de la atención médica	33
2.3.4 Evaluación de la calidad de la atención médica	36
2.3.5 Elementos para tener un sistema de calidad	44

Capítulo 3

Metodología

3.1 Encuesta	51
3.2 Guía de observación	53
3.3 Sugerencias para la aplicación de la encuesta y guía de observación	
3.3.1 Cálculo de la muestra de la encuesta	54
3.3.2 Cálculo de la muestra de la guía de observación	56
3.3.3 Criterios para la aplicación de la encuesta	56
3.3.4 Criterios para la aplicación de la guía de observación	57
3.3.5 Diseño de base de datos de la encuesta	57
3.3.6 Diseño de base de datos de la guía de observación	58
3.3.7 Manejo de datos de la encuesta	58
3.3.8 Manejo de datos de la guía de observación	59

Capítulo 4

Reflexiones	61
Siglas	67
Lista de cuadros y diagrama	68
Referencias bibliografías	69
Anexos	75

Introducción

La calidad de los servicios de salud locales es la línea directriz de esta investigación. El objetivo general estriba en el diseño de dos propuestas metodológicas para evaluar la calidad de la atención médica en los establecimientos locales de salud de primer nivel.

La primera propuesta se desarrolla con base en una encuesta que, a partir de la percepción de los usuarios, tiene como fin evaluar la calidad de los establecimientos y los servicios de salud. En este proceso se privilegia la percepción del usuario porque es quien recibe la atención y quien aporta un juicio sobre el servicio. Avedis Donabedian (1986) propone diversas formas para valorar la atención médica. La concerniente a la percepción del usuario la denomina “enfoque”, en ella considera tres dimensiones: la estructura del establecimiento, el proceso llevado a cabo para recibir atención médica y, por último, el resultado de dicha atención.

La satisfacción del paciente se ve influida por diversos factores; la relación médico-paciente se erige como el factor de suma importancia, pues para el usuario es condición necesaria que el médico sea respetuoso con su estado de salud, cultura, orientación sexual y pueda resolver su problema de salud. El tiempo de espera para recibir atención médica es otro factor: en caso de urgencia no debe demorar la atención médica. Lo antes señalado son los presupuestos fundamentales que se ponen en práctica en la encuesta.

La segunda propuesta metodológica es una guía de observación. Aquí se propone que el cuerpo profesional del área de la salud (médicos, trabajadores sociales, enfermeras y promotores de la salud), evalúen la estructura del establecimiento. Con este fin, al tomar como base la

infraestructura es posible brindar un servicio óptimo y, asimismo, el personal ofrece argumentos para valorar las condiciones.

Este trabajo se compone de cuatro capítulos. En el primero se aborda la problematización del tema. Al mismo tiempo, se ofrecen los elementos (calidad, atención médica y formas de evaluación) que permiten reconstruir tal fenómeno con las variables que lo constituyen. También, se describen los objetivos que sirven de guía para la elaboración del trabajo. Por último, se realiza una justificación con base en la carencia de información sobre la calidad de los servicios locales de salud y su estrecho vínculo con la promoción de la salud.

Los elementos para la configuración del marco teórico referencial son el motivo central del segundo apartado. Aquí se exponen los antecedentes de la calidad de la atención médica y del sistema de salud mexicano. Se aportan, además, diversas definiciones referentes al término calidad, las dimensiones y variables que determinan la atención médica. Para concluir se alude a las categorías teóricas y analíticas de las que se echa mano para la creación de los instrumentos metodológicos.

En el tercer capítulo se describe la metodología llevada a cabo para el diseño de los dos instrumentos (la encuesta y la guía de observación). Así, se traza el camino para la elaboración de dichos instrumentos que intentan evaluar la calidad de los servicios de salud locales. Se hace una propuesta del cálculo de la muestra considerando lo expuesto en el Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS); del diseño de la base de datos y del manejo estadístico de éstos.

Finalmente, en el cuarto capítulo se plantea una reflexión entre la calidad de los servicios de salud y la importancia que adquiere la promoción de la salud. Los anexos, siglas y referencias bibliográficas se encuentran en esta última sección.

Capítulo I

Problematización

En este capítulo se hace referencia al planteamiento de la problemática sobre la calidad de la atención médica, se delimita el tema, se consideran las formas para ser abordado y las variables. Enseguida, se presentan los objetivos que orientan este trabajo. También, se señala la justificación sobre la importancia de estudiar la calidad de la atención médica y su vínculo con la promoción de la salud.

1.1 Planteamiento del problema

El derecho a la salud guarda suma relación con la calidad de los servicios que procuran un estado saludable. Un servicio que protege con efectividad la salud, disminuirá los posibles riesgos para el paciente pues evita problemas de todo tipo, hasta legales para el médico y para la institución. Además, al brindar servicios en plenas condiciones, implica un aprovechamiento de forma racional y eficiente de los recursos, por ende, los desperdicios y algunas formas de corrupción se pueden dejar de lado.

La calidad de los servicios de salud tiene un momento importante: el de la atención al paciente. La atención médica conlleva consecuencias para el usuario; por ejemplo, si el personal médico no prescinde de la capacitación adecuada no podrá realizar un diagnóstico oportuno, por consiguiente, el padecimiento o la enfermedad se agudizan. De manera que bajo estas condiciones se puede generar negligencia médica, primero por un mal diagnóstico, segundo, por un tratamiento inadecuado. Conviene hacer hincapié que la calidad de la atención implica tener acceso a medicamentos, éstos

resultan el insumo básico del proceso terapéutico que facilitan la recuperación del paciente. Por su parte, el equipo hospitalario debe estar científicamente aprobado y en buenas condiciones. Es importante hacer énfasis en que todo establecimiento en donde se ofrezca un servicio de salud debe contar con la infraestructura adecuada para proporcionar al usuario comodidad, seguridad, un ambiente agradable, desde que solicita consulta hasta su salida.

Otro aspecto esencial para una buena atención es el tiempo de espera. Éste debe operar dentro de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS); es decir, lo idóneo es una espera igual o menor a los 30 minutos en unidades de primer nivel (Maldonado y cols., 2001). En caso de urgencia, el tiempo es crucial para recibir atención médica, de no ser así puede haber consecuencias graves en el paciente y generar problemas legales. Además, el tiempo se puede cuantificar en los costos indirectos: cuando el usuario espera demasiado, se afecta su jornada laboral y, por consiguiente, su ingreso y la productividad del espacio donde labora.

La calidad de los servicios de salud es un asunto señalado en la Observación General N°14 (OG14) aprobada por el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 2000. En la OG14 se hace mención que la calidad es uno de los principios esenciales del derecho a la salud. En cuanto a los establecimientos de salud en ese mismo documento señala, que deben de ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y de buena calidad. Ello significa contar con personal médico capacitado, medicamentos accesibles, adecuados y oportunos. También, se precisa de equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado; agua potable, instalaciones y buenas condiciones sanitarias. Dentro del documento referido

no se menciona como factor importante el tiempo de espera, pero como anteriormente se hizo mención, es de capital importancia para la atención del usuario.

Evaluar la calidad de los servicios de salud no solamente significa valorar los problemas que aquejan al paciente, sino también la disponibilidad y el acceso con los que cuenta la población, así como valorar las condiciones para brindar un servicio adecuado. Este trabajo, únicamente, se enfoca en diseñar instrumentos para evaluar la calidad de la atención médica desde la percepción del usuario y facilita una guía de observación para estimar la situación de la infraestructura del establecimiento.

La calidad hacia el paciente requiere: atención, una espera no demasiado larga, una solución a su problema de salud, respeto a su privacidad y una estancia cómoda. Las principales quejas en torno a una deficiente calidad suele ser: el trato inadecuado e incorrecto por parte del personal de salud y administradores, ausencia de medicamentos en farmacias, tiempo de espera prolongado, insuficiencia del equipo y del espacio físico.

La relevancia de otorgar servicios de calidad tiene otras implicaciones. Al respecto Roberto Carro y Daniel González (2012) mencionan los costos y la participación del mercado elevan a una mayor competitividad y propician el ahorro en la inversión, disminuyen fallas y el aumento de la satisfacción de los clientes. También, se procura el prestigio de la organización ya que los usuarios perciben una buena calidad en el producto (atención médica), de la empresa (establecimiento de salud), de sus empleados (prestadores de salud) y la relación entre éstos. La calidad de los productos depende del personal de salud, quien será el responsable por los daños o lesiones que pueda causar a

sus usuarios. Si no se contemplan estos elementos las consecuencias pueden ser grandes gastos legales, costosos arreglos o pérdidas y desprestigio.

La promoción de la salud y la calidad de los servicios de atención se presentan por primera ocasión en la 1a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa, Canadá en 1986. En tal evento se planteó la importancia de la reorientación en los servicios de salud, de los prestadores de salud y de la población. Ante todo, las instituciones y el gobierno deberían ser actores activos en el diseño de estrategias para brindar servicios óptimos.

Se considera, en primer plano, la evaluación de la calidad de los servicios. Para ello, se privilegia la percepción que el usuario tiene sobre la infraestructura del establecimiento, en vista que son aspectos fáciles de medir, pues arrojan información que permite a los establecimientos locales de salud hacer mejoras en beneficio de la calidad de los servicios.

De estas consideraciones se hace la propuesta metodológica de dos instrumentos (encuesta y guía de observación) para abordar esta problemática.

1.2 Objetivo general

Generar instrumentos que hagan factible a los profesionales de la salud indagar durante cuatro meses la calidad médica en los espacios públicos de salud de primer nivel en el área metropolitana, estos últimos pueden ser tanto del subsistema de seguridad social, como de la Secretaría de Salud.

1.3 Objetivos específicos

Diseñar:

- a. Una encuesta directa para conocer cómo perciben los pacientes la estructura del establecimiento y para describir el funcionamiento de la atención médica.
- b. Una encuesta vía telefónica, en cuyo proceso los usuarios informarán sobre los beneficios de la atención médica.
- c. Una guía de observación, aplicable por los prestadores de salud del establecimiento de salud seleccionado, con el fin de registrar la percepción del profesional de salud en torno a la estructura.

1.4 Justificación

La promoción de la salud debe formar parte y hacer frente a las diferentes problemáticas de salud. La calidad de la atención médica y su relación con la promoción de la salud alcanza importancia capital durante la conferencia de Ottawa, Canadá celebrada en 1986. De esta manera, la Conferencia es sin lugar a duda un medio para intentar una buena organización de los servicios de salud. Al respecto, la reorganización de los servicios sanitarios señala que un sistema de protección de salud precisa de un trabajo en conjunto, es decir, en el que participen todos los sectores: gobierno, instituciones de salud y la población.

En México, una de las instituciones encargadas de monitorear la calidad de los servicios de salud y de dar respuesta a las demandas de los usuarios es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). En 2009 se presentó un documento que alude a las especialidades médicas de mayor deficiencia;

por ejemplo, medicina familiar ocupa la sexta posición de práctica médica inadecuada, le antecede traumatología y ortopedia, ginecología y obstetricia, urgencias, cirugía general y odontología. Además, se mencionan los principales motivos de queja por parte de los pacientes: el diagnóstico, el tratamiento y la relación médico-paciente. Por último, se enuncian las instituciones de salud con el índice más elevado de quejas registradas en 2009. La institución que obtuvo el primer lugar de demandas es el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Sin embargo, la comparación y análisis interinstitucional precisa llevarse a cabo con las reservas pertinentes, pues la magnitud y el volumen de servicios brindados cotidianamente es diferente en cada institución (CONAMED, 2009).

El Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD, 2007) señala las principales quejas de los usuarios son: el trato inadecuado e incorrecto por parte de los prestadores de salud, la ausencia de los medicamentos prescritos, la deficiente información por parte del área administrativa, trabajo social, enfermería y médicos; las altas listas de espera para ser atendido e intervenido y la falta de equipos y espacios físicos inadecuados.

Resumen. En este capítulo se hizo mención al objetivo general: la formulación de dos propuestas metodológicas viables para evaluar la calidad de la atención médica. Con este fin, fue necesario problematizar dicha atención para luego decidir desde qué perspectiva se evaluaría. En cuanto a la encuesta, se privilegia el punto de vida del paciente porque es quien recibe la atención y puede aportar un juicio. Con la guía de observación, el médico, el trabajador social, la enfermera y el promotor de la salud valorarán las peculiaridades de los lugares locales destinados para la atención médica.

Al mismo tiempo, se esbozó la relación entre el derecho a la salud y la calidad, esta última considerada un elemento esencial para conseguir tal derecho. En líneas posteriores se profundizará sobre estos vínculos.

Finalmente, se abordó la cercanía entre la promoción de la salud y la calidad de los servicios médicos, se realizó una justificación de la importancia de evaluar la atención médica, ya que con base en los resultados se podrán proponer estrategias para brindar un mejor servicio.

Capítulo 2

Marco teórico-referencial

Este capítulo está compuesto de diversas secciones. La primera se enfoca en una búsqueda bibliohemerográfica ordenada bajo una división tripartita; la correspondiente a la parte teórica, la metodológica y la parte destinada a los resultados de los trabajos que se refieren a la calidad de la atención médica.

La segunda sección presenta los antecedentes. Se ordena en dos subtemas; el primero trata sobre el sistema de salud mexicano; tiene como finalidad dar a conocer su estructura y cobertura. El segundo, es la calidad de la atención médica, aquí se estudian los objetivos de dicha atención, los programas que se han realizado a favor de la calidad y los derechos de las y los usuarios.

En la tercera sección, centrada en el marco teórico, se realizó una búsqueda de los conceptos de calidad de la atención médica; para este cometido se consideraron las dimensiones, las variables y las formas de evaluar la atención.

2.1 Estado del arte

La calidad de la atención médica es una de las prioridades para el sistema de salud mexicano. Estudiantes e investigadores del área de la salud han dedicado parte de su tiempo y de sus reflexiones hacia este asunto. El objetivo de estos trabajos ha sido brindar alternativas para la mejora el nivel de la atención médica.

Nuestro trabajo implicó una selección de los estudios dados a conocer durante el periodo de 1994 a 2012. Se optó por dividir los estudios en aquellos

que abordaban el problema a partir de una propuesta metodológica y los que sólo proponen categorías en torno al término calidad. Los trabajos sobre las metodologías sirvieron de insumo para la elaboración de los instrumentos que aquí se proponen. De los documentos teóricos se retoman las acepciones de calidad de años pasados que, cabe destacar, han sido la base de diversas investigaciones. En lo que concierne a la revisión de resultados, se analizaron los trabajos más actuales con la finalidad de conocer los motivos de insatisfacción de los usuarios.

Para llevar a cabo la investigación bibliohemerográfica se consultaron bases de datos electrónicas. Se privilegiaron las páginas de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). También, se examinaron libros en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y las revistas electrónicas de Scielo y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). La búsqueda se centró en palabras claves como: calidad, atención médica, satisfacción, perspectiva e insatisfacción del usuario.

De los documentos teóricos, retomamos los diferentes significados de la palabra calidad. Aguirre (2002) define la calidad de la atención médica como:

El servicio que se otorga al usuario, debe ser oportuna, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes con la satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución (p.58).

Otros estudiosos han abordado la calidad por diferentes vías Ruelas y Querol (1994) aluden a la calidad como un atributo de la atención médica que puede darse en diversos grados conforme a los resultados obtenidos de la atención. Definen como una buena calidad de la atención cuando se consigue

el mayor beneficio posible de la atención médica con los menores riesgos para el paciente.

En el trabajo titulado *La percepción del personal médico en un hospital público. Reflexiones desde los Estudios Críticos de Gestión* de José Jaime Chavira (2011) se observa un cuadro comparativo de once acepciones de calidad en la atención médica. Para los fines de su investigación considera importantes los siguientes puntos: la aplicación de conocimiento médico, la satisfacción del usuario y del prestador del servicio y los beneficios esperados con los menores riesgos para el usuario. Así, toma como punto de partida las ideas de Martínez (1996) para quien la calidad de la atención es la obtención:

Del máximo beneficio con el mínimo de riesgos, a través de la utilización adecuada del recurso y la tecnología vigente, para lograr la satisfacción de las expectativas del paciente, del proveedor del servicio y de los directivos, en un marco de democracia, humanismo y equidad (p.18).

El trabajo *Calidad de la atención médica en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano de Seguridad Social* de Leticia Navarro (2005) toma como eje principal la satisfacción del usuario externo. Esta satisfacción se refiere a la “relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente o sus familiares con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida” (Navarro, 2005:3). La misma autora señala que dicha satisfacción se puede evaluar bajo diversas formas; una de las más frecuentes es la aplicación de encuestas que resultan viables para indagar sobre la accesibilidad, sobre la relación médico-paciente, la estructura y los resultados esperados por el paciente y por sus familiares con respecto a la atención recibida.

En cuanto a la justificación para estimar la calidad de la atención médica, son útiles las ideas expuestas por Ramírez, Nájera y Nigenda (1998) en su

artículo “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios” ponen el énfasis en la calidad de la atención médica desde la perspectiva del usuario. Según estos investigadores, se debe evaluar a partir de este marco:

Permite obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales (p.2).

José Jaime Chavira (2011) menciona que la calidad desde la perspectiva de los pacientes está determinada “por la satisfacción de las necesidades de salud, en términos del alivio, control o paliación del malestar o de las condiciones que las personas presenten, también la accesibilidad al servicio y oportunidad” (Chavira, 2011: 36).

Uno de los programas importantes en los últimos años sobre calidad es el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD, 2007). Entre sus premisas destaca que la calidad percibida por los usuarios se refiere a la valoración que éstos y sus familias realizan respecto al trato, tiempo de espera, información, confidencialidad y confort, atendiendo sus expectativas y valores.

Durante la implementación de tal programa, el entonces Secretario de Salud José Ángel Córdova (2007) mencionó que la calidad debe ser vista y abordada de manera integral:

La calidad considera el ámbito individual y público de la atención a la salud; no se centra en el tratamiento o curación de la enfermedad, sino abarca la promoción a la salud, la prevención y rehabilitación; toma en cuenta todas las partes del sistema de salud su estructura, equipo, recurso humano, organización, normatividad, regulación de los establecimientos médicos, la adopción de guías clínicas que deben ser actualizadas y consensuadas, en donde se respeta la libertad prescriptiva y sean elaborados conforme a la medicina basada en evidencia, etcétera; integral porque es incluyente y fomenta la participación responsable y ética de todos los actores e instituciones que prestan algún servicio de salud, incluyendo las industrias farmacéuticas, el área académica, el sector social y la participación ciudadana con el involucramiento pleno y debidamente informado del paciente y su familia del padecimiento; y porque considera la equidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud (p.4).

Nuestro trabajo empleará la acepción de Aguirre (2002) la define como “el servicio que se otorga al usuario, que debe ser oportuna, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes con la satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución”. Esta definición es viable para llevar a cabo el objetivo general: diseñar dos instrumentos que permitan a los profesionales de la salud explorar, durante cuatro meses, la calidad de la atención médica en los establecimientos públicos de salud. Conviene advertir que nos centraremos en los entornos médicos de primer nivel en el área metropolitana, tanto del subsistema de seguridad social como de la Secretaría de Salud.

De los trabajos revisados en revistas electrónicas, publicadas durante el periodo de 2002 al 2012, fueron de utilidad los textos enfocados en la percepción de los usuarios para conocer los niveles de satisfacción, tiempo de espera en promedio y la relación médico-paciente.

Guadalupe Maldonado, Jesús Salvado Frago, Samuel Efrén, Modesta Flores, Constantino Quiroz y Araceli Amada Sandoval (2002), indagaron sobre la calidad de los servicios de salud de primer nivel de atención en la Delegación Estatal de Tlaxcala del Instituto Mexicano de Seguridad Social. Los

especialistas hacen énfasis en el tiempo de espera como uno de los factores importantes. El tiempo de espera fue definido como “aquel que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico” (Maldonado y cols, 2002: 2). El resultado de su estudio arroja los principales motivos de queja de los derechohabientes: el primer lugar lo ocupa el tiempo de espera para recibir consulta; el segundo el maltrato por parte del médico; luego le siguen los largos trámites burocráticos; la cortesía del personal paramédico; la insuficiencias de los medicamentos; y, por último, el médico no cumple con el proceso de revisión esencial en el paciente.

Otra de las investigaciones relevantes es la de Mario Bronfman, Sergio López, Carlos Magis, Alejandra Moreno y Shea Rutstein (2003). Los autores, para efectuar su misión revisaron ocho entidades de la República (Distrito Federal, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Yucatán) en donde se observaron los principales factores de insatisfacción de las pacientes de atención prenatal. Los resultados indican que el tiempo de espera, para recibir consulta, en el año 2000 fue en promedio de 89.6 minutos en el Distrito Federal. Se sabe que cuando el tiempo de espera es prolongado y el trato a lo largo de la consulta es inadecuado, se produce la insatisfacción de la paciente. Cabe señalar que la condición durante la consulta se consideró mala cuando a la lista de juicios negativos se suman las pacientes quienes debido a su condición socioeconómicas y escolaridad bajas recibieron un trato poco gentil.

Para las demandas de usuarios sobre la atención médica son reveladoras las aportaciones de María Angélica Guzmán, Luis Fernando

Ramos, Oscar Castañeda, David López y Alejandra V. Gómez (2005), quienes procedieron a una investigación en la Unidad de Medicina Familiar N°1 del IMSS, Ciudad Obregón, Sonora. Preocupados por otorgar un servicio óptimo, tales especialistas solicitaron sugerencias a los derechohabientes, cuyas peticiones fueron: suficientes sillas en sala de espera, aseo de los sanitarios, amabilidad por parte del médico y la posibilidad de tramitar citas por teléfono.

Otros estudios han centrado su interés en la insatisfacción en torno a la relación médico-paciente. Al respecto, María García (2007) evaluó esta relación en la Unidad de Medicina Familiar N°75 de Uruapan, Michoacán. El proceso consistió en practicar una encuesta a 152 pacientes. El 81% respondió como bueno el vínculo entre médico y paciente. Para los usuarios es de suma importancia la excelente presentación en el médico, a ello se añaden la higiene en la mesa de exploración, el aseo y el orden dentro del consultorio.

Finalmente, Soraya Espinoza (2007) realizó un estudio para identificar el carácter satisfactorio de la atención médica de los usuarios de la Unidad de Medicina Familia N°220. Su trabajo, basado en el tiempo de espera, mostró que la mayor prevalencia de tiempo para recibir consulta, en comparación con otros estudios, es de 1 a 15 minutos, algunos pacientes esperan más de 15 minutos.

2.2 Antecedentes

En esta sección se analizan datos del sistema de salud mexicano, con la finalidad de conocer cómo está conformada su estructura. Asimismo, desde un punto de vista histórico, se presta atención en las diferentes acepciones de calidad.

Sistema de salud

El sistema de salud mexicano reconoce de manera implícita que la salud es un derecho fundamental para toda persona. Esto fue posible gracias a la firma de dos instrumentos internacionales: la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) señala en su artículo 25 que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. La cita deja en claro que los mencionados derechos están interrelacionados, por ejemplo, la carencia de vivienda impacta en el pleno goce de salud.

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) en su artículo 12 hace referencia al derecho a la salud: escribe: “toda persona tiene el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental”. En su párrafo II se señalan ciertas obligaciones de los Estados partes, quienes deben reconocer tal derecho y cumplir las necesidades de las personas. Destacan:

- a. La reducción de la mortalidad en general, sobre todo, disminuir la infantil y procurar el sano derecho de los niños y las niñas.
- b. El mejoramiento, en todos sus aspectos, de la higiene, del trabajo y medio ambiente.
- c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole.
- d. Asegurar a todos la asistencia médica.

Posteriormente, en 1988, se publica el Protocolo de San Salvador, en el cual los Estados partes adquieren el compromiso de reconocer la salud como un bien público; asimismo, adoptan las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. La salud debe ser entendida como asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos.
- b. Extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas y de otra índole.
- e. Informar a la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.
- f. Satisfacer las necesidades de salud en los grupos de alto riesgo, cuyas condiciones de pobreza los ubica en el marco de mayor vulnerabilidad.

Conviene mencionar que el derecho a la salud alcanzó implicaciones más amplias, pues a nivel nacional, en 1983, México lo incorporó en el artículo 4° de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (CPEUM). El texto señala: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud” (Artículo 4°, 2011).

El 7 de febrero de 1984 se publica en el Diario Oficial de la Federación, la Ley General de Salud (LGS). En ésta se establecen las funciones generales y específicas para asegurar el derecho a la protección de la salud. Entre ellos se contempla la vigilancia de la calidad de la atención médica. En su artículo 77° bis 1, la Ley General de Salud define la protección social de la salud como:

El mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social (Título tercero bis, capítulo 1, artículo 77°, 2011).

En el artículo 2° de la LGS se establecen las ocho finalidades de la protección de salud: el bienestar físico y mental, de suerte que los sujetos puedan ejercer con plenitud sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida de las personas; la creación y conservación de condiciones necesarias para la protección de la salud y el desarrollo social; propiciar la responsabilidad en las personas para prevenir, conservar, mejorar la salud; el disfrute de los servicios de salud y asistencia social que cubra las necesidades de la población; aprovechamiento de los servicios de salud y, por último, el desarrollo de la enseñanza, investigación científica y tecnología para la salud.

En lo que concierne al sistema de salud está dividido en tres grupos y su acceso depende de la inserción laboral de cada persona (Soto, Ángel y González, 2010).

El primer grupo corresponde a las instituciones de seguridad social. Se atienden a los derechohabientes que están inscritos dentro de un trabajo formal, en donde solventan cuotas destinadas para la manutención del servicio. En este sector se consideran las instituciones de salud como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros seguros dirigidos a trabajadores estatales. Dichas instituciones atienden aproximadamente la mitad de la población del país. Las de mayor presupuesto son Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina, seguidas por Petróleos Mexicanos, el Instituto Mexicano de Seguridad Social y, por último, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Soto, Ángel y González, 2010).

El segundo grupo está conformado por un sistema de atención dirigido a la población “abierta”, es decir, no asegurada. En este sector la Secretaría de Salud brinda los servicios. Se compone de centros de salud y hospitales tanto a nivel federal, como estatal. Éstos facilitan servicios en zonas urbanas y rurales. Para recibir atención, los usuarios cubren una cuota de acuerdo con el tabulador socioeconómico, también pueden acceder a un seguro que ofrece un paquete parcial, el denominado Seguro Popular. Para quienes forman parte de la población menesterosa reciben un subsidio para solventar este seguro (Soto, Ángel y González, 2010).

Los subsistemas de derechohabencia y público se organizan por niveles de atención. Así dispuesto, los recursos se ordenan de manera estratificada con el fin de satisfacer las necesidades de la población. Se distinguen tres niveles de subsistema ((Soto, Ángel y González, 2010).

El primer nivel se considera el más cercano o el de primer contacto a la población. Intenta resolver las necesidades básicas más frecuentes, en otros términos: que puedan ser resueltas con actividades de promoción de la salud, por prevención de la enfermedad, por procedimientos de recuperación o por rehabilitación. Por este camino, se accede a la puerta de entrada del sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centro de salud, etcétera. Aquí la población puede acceder con facilidad.

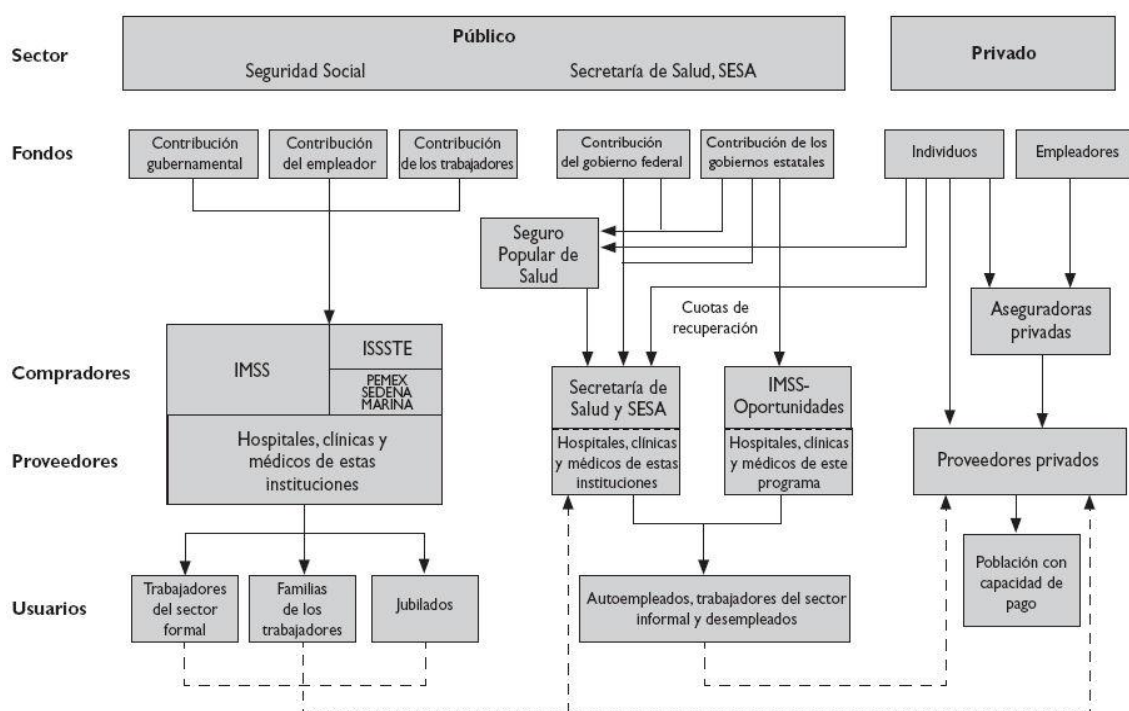
En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, rehabilitación de acuerdo con la complejidad de su padecimiento, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general.

El tercer nivel de atención está destinado para la atención de problemas poco prevalentes, es decir, para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Ejemplo de ello son el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Cardiología, de Cancerología, de Ciencias Médicas y de Nutrición, de Enfermedades Respiratorias, de Neurología y Neurocirugía, de Pediatría, de Perinatología, de Psiquiatría, de Salud Pública, de Rehabilitación y de Medicina Genómica.

El tercer grupo del sistema de salud mexicano está compuesto por el sector privado y por una red de consultorios y hospitales. Esta red está dirigida

a la población que cuenta con la posibilidad de solventar los gastos del servicio. La remuneración es directa, incluso, existe la opción de los planes de seguros privados. En el diagrama 1 se muestran los tres grupos que conforman tal sistema.

Diagrama 1. Estructura del sistema de salud mexicano



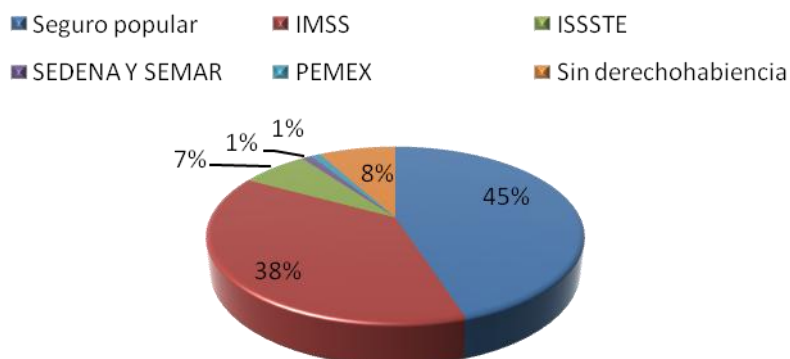
Fuente: Julio Frened. *Sistema de Salud en México*. 2008

Cobertura

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), el Seguro Popular tiene 51.1 millones de afiliados; el IMSS, 43.4 millones de derechohabientes; el ISSSTE tiene 8.3 millones; 1.2 millones corresponden a SEDENA y SEMAR y 0.8 millones a PEMEX. La cobertura del sector privado representa el 0.44% de la población. La ENSANUT (2012) arroja que hay 9 millones de mexicanos, 8% de la población del país, que no cuentan con protección en salud.

Diagrama 2

Cobertura del sistema de salud mexicano



Fuente. Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012).

Calidad en la atención médica

Con respecto a la calidad en la atención médica, la Ley General de Salud (LGS) establece en su artículo 6º los objetivos que debe llevar a cabo el sistema nacional de salud: “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas” (LGS, 2011)

En el artículo 77 bis-9 de la LGS se plantea que para incrementar la calidad de los servicios de la Secretaría de Salud son indispensables los requerimientos mínimos para otorgar atención a los usuarios. Dichos requerimientos garantizarán que los prestadores de salud cumplan con sus obligaciones para así brindar servicios de primer nivel. Para este cometido se deben efectuar los siguientes aspectos:

Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud; aplicación de exámenes preventivos; programación de citas para

consultas; atención personalizada; integración de expedientes clínicos; continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencias y contrarreferencia; prescripción y surtimiento de medicamentos; y información al usuario sobre su diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica (LGS, 2011).

En los últimos años, en México, se implementaron dos programas a favor de la calidad en los servicios de salud: la Cruzada Nacional por la Calidad en el periodo 2001-2006 y el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) del año 2007 al 2012.

La Cruzada Nacional por la Calidad de Servicios de Salud fue el primer programa nacional que promovió en todas las instituciones de salud el trato digno y adecuado para los pacientes y sus familiares. La Cruzada incluyó procesos permanentes para la mejora del desempeño y de la transparencia. Colocó a la calidad de la atención médica como un valor fundamental de la cultura en beneficio de la población.

El gobierno federal creó dos grandes acciones concretas. La primera fue brindar un servicio de salud con un trato digno a los usuarios y a sus familiares. Éste consistía en: (a) en respetar los Derechos Humanos; (b) dar información completa, veraz, oportuna y entendible para el usuario y para quien lo acompaña y (c) amabilidad por parte de los prestadores de salud. En la segunda se centra la mejora constante de la calidad técnica de la atención médica.

En cuanto al SICALIDAD tuvo como objetivo principal “integrar un sistema que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad, situando este tema como una prioridad en la agenda permanente del sistema nacional de salud” (2007: 24). Además se plantean otros objetivos: (a) mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente; (b) mejorar la calidad

percibida por el usuario y (c) contribuir a mejorar la calidad de la gestión de los servicios de salud.

Las líneas de acción establecidas por SICALIDAD fueron: la medición de las satisfacción de los usuarios (calidad percibida); prevención y reducción de las infecciones nosocomiales (calidad técnica y seguridad del paciente) y la implantación de un sistema nacional de indicadores en salud (INDICAS) para supervisar la calidad de los servicios de salud.

Finalmente, México cuenta con una Carta de los Derechos Generales de las y de los Pacientes que plantea la salvaguarda de los derechos entre los cuales destaca la calidad.

Cuadro 1. Derechos de los y las pacientes

Derecho	Descripción
A recibir atención médica adecuada	Atender cada una de las necesidades de salud.
A un trato digno y respetuoso	Este debe de ser de parte de los prestadores de salud y personal administrativo, hacia el paciente y su familia o acompañante, respetando sus convicciones personales y morales, lo que incluye su identidad u orientación sexual y su padecimiento.
A recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz	Información sobre su diagnóstico, tratamientos y posibles complicaciones.
A respetar la decisión del paciente	Si rechaza el diagnóstico, tratamiento y las acciones que lleve a cabo para la recuperación de su salud.
A recibir un consentimiento informado	El paciente debe ser informado de manera amplia y completa sobre el diagnóstico, procedimiento, efectos esperados y complicaciones.
A un trato con carácter confidencial	Ninguna información sobre el paciente puede ser divulgado.
A una segunda opinión	El paciente tiene derecho a recibir por escrito una segunda opinión sobre su diagnóstico, tratamiento y complicaciones.
A la atención médica en caso de urgencia	No se le puede negar el acceso al servicio de atención médica en caso de urgencia, debe ser atendido por un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado.
A un expediente clínico	Para saber sus diagnósticos, tratamientos y recuperación del estado de salud, el paciente tiene el derecho a recibir por escrito un resumen de su expediente.

A dar respuesta a las inconformidades del paciente.	Los prestadores de salud y administrativos tienen el compromiso de dar respuesta a sus demandas o quejas de los pacientes.
---	--

Fuente. Cuadro de elaboración propia a partir de la Carta de los Derechos de las y los pacientes.

2.3 Marco teórico

Aquí se retoma uno de los elementos imprescindibles para el otorgamiento del derecho a la salud que es la calidad. Asimismo se establece la definición de calidad, las formas y dimensiones para evaluarla tomando en consideración la perspectiva de los usuarios.

2.3.1 El derecho a la salud y su relación con la calidad

El derecho a la salud es un derecho humano y social. Quintana y Sabido (2004) definen los derechos humanos como:

Un conjunto de atributos propios de todos los seres humanos que salvaguardan su existencia, su dignidad y sus potencialidades por el mero hecho de pertenecer a la especie humana, que deben ser integrados y garantizados por los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales para evitar que el poder público y la sociedad los vulneren o violenten (p.21).

En un ámbito internacional, la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) menciona que todos los derechos humanos son:

Universales, indivisibles e interdependientes. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos de forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueran sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (s.p.).

Los derechos humanos se dividen en tres generaciones. La primera corresponde a los derechos civiles y políticos que forman parte de la esfera de libertad y autonomía de cada persona. La segunda son los derechos económicos, sociales y culturales, también conocidos como derechos sociales.

La tercera se refiere a los derechos que son exclusivos de ciertos grupos sociales, minoritarios o que son mayorías culturalmente y étnicamente diferenciadas del resto de la sociedad (Oliva, 2011). Debido a las dimensiones de este trabajo, sólo se hará énfasis en la segunda generación, pues, como hemos mencionado, en ella se aborda el derecho a la salud.

Los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) son los que todo ser humano debe poseer para lograr un bienestar social. La siguiente lista contempla los derechos indispensables: derecho a la educación, al trabajo, a condiciones ambientales adecuadas, infraestructura básica, alimentación, cultura, a la salud, entre otros. Para conseguir su cumplimiento, cada país debe adoptar pactos internacionales para garantizarlos, respetarlos y protegerlos.

Como se sabe, México forma parte de varios pactos internacionales como el de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1976) y el Protocolo de San Salvador (1988).

Al ser México partícipe de estos acuerdos, adquiere el compromiso de inscribirlos dentro de un marco legal nacional que proteja el derecho a la salud. De esta manera se establecen como derechos fundamentales. Así se advierte en el artículo 4° de la CPEUM y en la LGS. Según Gabriel Mendizábal (2010: 22) menciona que tales derechos se caracterizan por ser:

- a. Universales: Porque son aplicables a todos los miembros de una sociedad.
- b. Imprescriptibles: No se pierden por el transcurso del tiempo.
- c. Inalienables: No son renunciables.
- d. Intransigibles: No son transferibles a otro titular.
- e. Personalísimos: Porque los derechos están íntimamente ligados a la personas, pues nace con ella y no se separan de toda su existencia.

Para comprender el derecho a la salud es indispensable tomar como base las ideas expuestas por la Observación General N°14 aprobada por el

Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Dicha definición difiere con la de la Organización Mundial para la Salud (OMS, 1948) pues se entiende como el estado pleno del bienestar físico, mental y social y, no solamente, tiene que ver con la ausencia de enfermedad. La Observación General N°14 explica que la salud debe comprenderse en cuatro dimensiones:

(a) condiciones externas divididas sociales, culturales y económicas, cada una de éstas perjudica a la salud; (b) condiciones biológicas, referidas al proceso salud-enfermedad de cada persona, que sin duda es diferente en cada sociedad y dependen paralelamente de las condiciones externas; (c) estilos de vida, es decir, cómo los individuos satisfacen sus necesidades; (d) jurídica ésta señala que cada uno de los derechos y libertades deben de gozarse, ejercerse y exigirse.

Tal definición aborda el derecho a la salud bajo dos vertientes; una arguye que este derecho no debe limitarse sólo a la atención médica pues contempla factores socioeconómicos que promueven condiciones que propician una vida adecuada y sana. Al mismo tiempo, esta vertiente toma en cuenta que los seres humanos están expuestos a una serie de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales que deben contemplarse en el concepto de salud pues influyen en los modos de adquirir la enfermedad y en los decesos de cada persona. De ahí, surge el debate y la construcción teórica sobre los determinantes sociales en salud. De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del presupuesto,

el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2005:s.p.).

Por consiguiente para alcanzar el nivel más elevado de salud es menester considerar cada uno de los determinantes sociales que afectan a la salud. Por esta razón el derecho a la salud se debe entender como el disfrute de toda una gama de bienes, servicios y condiciones, en los que vincule este derecho con la satisfacción de otras necesidades como la educación, la alimentación, la vivienda, trabajo, a no ser discriminado, la equidad entre los sujetos, un medio ambiente sano, el no sometimiento a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados, facilitar la información relacionada con la salud y conocer un control sobre la salud, dependiendo de su orientación sexual y genésica.

En suma, el derecho a la salud no debe entenderse sólo como el acceso a los servicios médicos, sino como se ha señalado líneas atrás implica derechos establecidos en la Observación General N°14. Además, debe contemplar los recursos esenciales que conceden el derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

2.3.2 Elementos esenciales del derecho a la salud

Para el ejercicio del derecho a la salud es necesario cumplir con las condiciones establecidas por los médicos, los cuales son: la disponibilidad, que se entiende como un número suficiente de establecimientos de salud para brindar atención a toda la población; la accesibilidad o facultad de ingresar a los espacios destinados para la salud sin importar religión, nivel económico, orientación sexual, nivel educativo o lugar de origen; la aceptabilidad que

comprende el respeto del médico y de los usuarios; y la calidad, esto quiere decir que todo establecimiento debe cumplir con las normas y estándares para ofrecer un pleno servicio. A continuación se aborda de forma más detallada cada uno de los elementos esenciales del derecho a la salud establecidos por la OG14.

Disponibilidad

Los Estados partes tienen la obligación de contar con un número suficiente de inmuebles, bienes, servicios públicos de salud y centros para la atención de la salud. La disponibilidad dependerá de diversos factores. Particularmente, influyen las condiciones del desarrollo de cada país. Sin embargo, deberá de tomarse en cuenta que cada servicio contempla algunos factores determinantes para brindar un servicio de calidad, los cuales son: agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesionales capacitados, así como se debe contar con los medicamentos suficientes en cada una de las clínicas, hospitales, centro de salud o cualquier establecimiento destinado al servicio de salud.

Accesibilidad

Todo establecimiento debe facilitar el ingreso a todo usuario. La accesibilidad debe cumplir cuatro condiciones: evitar la discriminación, contar con instalaciones adecuadas y áreas para personas con alguna discapacidad, ofrecer costos accesibles y, en caso de urgencia, no vedar el servicio a quienes no posean una situación económica holgada.

Aceptabilidad

Establece que los servicios de salud deben de ser respetuosos con la ética de los médicos, con la cultura, las costumbres y las tradiciones de cada persona, minorías, pueblos o comunidades. Además, se habrá de respetar la orientación sexual y guardar confidencialidad sobre el estado de salud del usuario.

Calidad

Concibe que todo establecimiento, bien y servicio de salud, debe ser apropiado desde el punto de vista científico y médico. Para ello es preciso contar con personal médico capacitado para realizar un diagnóstico adecuado y un tratamiento apropiado. También, es esencial la disposición de medicamentos que influyen en la recuperación del paciente, así como equipo hospitalario aprobado científicamente y en buen estado. A lo antepuesto cabe agregar el agua potable y las condiciones sanitarias apropiadas con el fin de evitar alguna infección nosocomial¹.

Como se ha visto, el derecho a la salud alcanza mayores implicaciones, pues busca brindar servicios de salud a quienes carecen de ellos; igualmente, debe garantizar cada uno de sus elementos esenciales, de lo contrario se quebrantaría ese derecho.

Para los fines de esta argumentación, como hemos apuntado con anterioridad, nos enfocaremos en el último elemento, esto es, la calidad. Así, es conveniente profundizar en su significado y en los factores involucrados para su evaluación.

¹ La OMS (2002) define una infección nosocomial como: “[...] infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento de internado del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del internado suelen considerarse nosocomiales”. (p.4)

2.3.3 La calidad de la atención médica

La raíz etimológica de la palabra calidad proviene del griego *Kalos*, que significa “lo bueno, lo apto”, también se deriva del término latino *qualitatem*, cuyo valor es “cualidad” o “propiedad”. En este sentido, calidad es una palabra de naturaleza subjetiva, pues cada individuo la define según sus expectativas y experiencias.

La Organización Internacional de Normalización ISO 9000 (citado por Carro y González, 2012) indica que calidad es “la totalidad de las características de una entidad (proceso, producto, organismo, sistema o persona) que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades establecidas”. De acuerdo con lo anterior, la atención médica es vista como el producto de los servicios de salud y el consumidor son los usuarios, a quienes se debe satisfacer sus necesidades y brindar óptimos servicios.

La calidad de la atención médica, según la LGS del 2011, se define como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud” (LGS, 2011). En el artículo 33 de la LGS (2011) se abordan las actividades que abarca la calidad:

Preventivas, con relación a la promoción en general y protección específica; *curativas*, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; *rehabilitación*, son aquellas acciones que se realizan para corregir invalideces físicas o mentales; y *paliativas*, son aquellas actividades que se realizan para el cuidado integral del paciente para el control del dolor y síntomas físicos y emocionales (Título tercero, capítulo III, artículo 33, 2011).

Donabedian (1978) considera que la calidad de los servicios de salud es un atributo de la atención médica que, a partir de los conocimientos médicos, la tecnología empleada y la relación directa entre el médico-paciente, provoca un beneficio sin riesgos para el paciente.

El estudioso afirma que es complejo pensar en una sola definición de calidad dentro del ámbito de la salud. No obstante, para cualquier investigación enfocada en la calidad de la atención médica deben contemplarse tres factores: (a) conocer el objeto de estudio, indagar el interés de los usuarios, de los médicos o de la institución de salud; (b) una vez conocido el fenómeno se procede a determinar cuáles serán los atributos que darán un juicio con respecto a la calidad, ya que la calidad no alcanza un mismo significado para un usuario de un nivel económico alto que para otro de un nivel inferior; y (c) que se relaciona con la segunda, los criterios y normas que se asigna a cada dimensión estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1978).

En total acuerdo con Donabedian, Héctor Aguirre define la calidad de la atención médica como el “otorgar atención oportuna al usuario, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución” (2000:58).

Un juicio positivo sobre la atención médica recibida depende en gran medida de la solución a las necesidades de los usuarios. Según Francisco Álvarez (2007):

Un juicio objetivo de la calidad sobre un servicio de salud depende en gran parte de los aspectos técnico del servicio. En los servicios de salud depende de la forma como se racionalice la capacidad técnica, los avances y logros científicos, tanto tecnológicamente como de los recursos humanos para prestar los servicios, de una manera que sea lo óptimo para los pacientes (p. 96).

A decir de Aguirre (2002) la calidad en la atención médica engloba:

- a. La atención oportuna, ésta se otorga en el momento en que la/el paciente lo requiere, para lograr un adecuado proceso y conseguir el mejor resultado que estriba en la recuperación de la salud.

- b. El paciente o usuario es toda aquella persona que recibirá una atención por parte del prestador de salud, sea médica, sea administrativa o sea profesional en este ámbito.
- c. Los principios éticos (relacionados con la aceptabilidad mencionada en líneas precedentes) se cumplen cuando la consulta se desarrolla en un ambiente de respeto tanto de la ética del médico, como de la cultura del paciente, del padecimiento, del nivel socioeconómico, la preferencia religiosa, el lugar de origen, la orientación sexual, etcétera. Cabe mencionar que la relación médico-paciente siempre debe ser respetuosa. Además los médicos deben de contar con conocimientos vigentes y actualizarse cada cierto tiempo para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados, de suerte que se procura la salud del paciente.
- d. El tiempo de espera, definido por las instituciones de salud como el que transcurre desde la hora de la cita programada o de la solicitud de atención por el usuario hasta cuando recibe la atención del médico. Esta es la principal causa de insatisfacción por el usuario o derechohabiente.
- e. La eficacia o la capacidad del médico para realizar un diagnóstico preciso contribuye a la mejora de la salud.
- f. La efectividad consistente en las medidas para favorecer el estado de salud del usuario sin perjudicarlo.
- g. La eficiencia es la relación entre los recursos utilizados y el resultado obtenido, es decir, una atención médica al menor costo posible.

Cualquier establecimiento de salud debe considerar estos criterios para brindar un mejor servicio de salud. Así, el usuario brindará un juicio sobre la atención médica; si se le atiende oportunamente, si se resuelve su necesidad

de salud, si la relación médico-paciente es buena, el tiempo de espera es optimo y, sobre todo, que no se perjudique más su estado de salud.

2.3.4 Evaluación de la calidad de la atención médica

La evaluación de la atención médica es necesaria por diversas razones:

(a) Para conocer cómo operan las instituciones jurídico internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el PIDESC, el Protocolo de San Salvador, OG14 (2000). El Estado mexicano reconoce que todo ser humano tiene derecho al nivel más alto de salud, cuyo hecho es posible a través de las instituciones de salud y de los prestadores de salud, con el fin de ofrecer servicios de calidad; (b) para conocer las instalaciones, el equipamiento y el personal, de esta manera se cuenta con las óptimas condiciones para procurar una atención adecuada y (c) para saber los factores que afectan o impiden una atención de calidad, entre los que se contemplan la aplicación de tecnología de acuerdo con el nivel de salud.

Dimensiones para evaluar la calidad de la atención médica desde la percepción de los usuarios

En la actualidad existen diversas vías para evaluar la calidad de la atención médica a partir de la percepción de los usuarios. Donabedian (1966) propuso tres dimensiones: la estructura, el proceso y el resultado. Para los fines de esta investigación aludiremos de manera más detallada en cada una de las anteriores dimensiones.

Estructura

La estructura son los medios materiales y humanos empleados para proporcionar una apropiada atención que implique los menores riesgos para los

pacientes. Por tal motivo, todo establecimiento enfocado a los servicios de salud debe contar con la estructura necesaria.

Evaluar esta dimensión implica aspectos como la organización, la adecuación de las instalaciones y equipos. Para este cometido es causa necesaria tener el personal suficiente. También, se valora el estado funcional de las instalaciones pues proporcionan al paciente comodidad y accesibilidad. Los medicamentos, sobre todo para las instituciones que ofrecen este servicio, y la tecnología al formar parte de la estructura, también entran en estas mediciones. Al respecto se debe señalar que para cada tipo de especialidad médica corresponde un equipo especializado dependiendo del servicio que se brinde.

Proceso

Esta dimensión valora los procesos y acciones que debe realizar un paciente para recibir atención médica, así como la relación establecida entre el personal de salud y el usuario, la cual debe ser conforme a los principios éticos del médico y las expectativas del paciente. En otras palabras, la evaluación de la calidad del proceso consiste en estudiar el aspecto interpersonal durante la estancia del usuario en una clínica u hospital.

Para la percepción del usuario esta dimensión es importante porque del trato que el paciente recibe del médico, del personal de salud, de los administradores, etcétera, dependerá el juicio sobre la atención médica.

El paciente, durante el proceso para ser atendido, debe recibir un trato respetuoso y amable de parte del personal científico, auxiliar y administrativo. El paciente no debe padecer discriminación por su condición económica, orientación sexual y religiosa; su privacidad debe respetarse, así como la confidencialidad de su estado de salud. El médico debe informar al paciente y a

sus familiares sobre el diagnóstico, el tratamiento, las posibles complicaciones. Sin dejar de mencionar que la relación médico-paciente debe ser adecuada.

Resultados

Los resultados de la atención médica, en términos de recuperación y restauración de las funciones, son indicadores empleados para determinar la calidad de la atención médica. Son el producto de un proceso previamente evaluado, por lo que el análisis de la relación entre ambos permite conocer la calidad de la atención prestada y su impacto en la salud, en la eficiencia y en la satisfacción del usuario. Los resultados contemplan seis elementos a evaluar: la capacidad resolutive, la morbilidad, la mortalidad, la productividad y los resultados de los programas, la satisfacción del usuario y la de la institución (Aguirre, 2002: 82).

Los resultados de la atención tienen que ver con los cambios de estado de salud de cada paciente. Por lo que evaluar la satisfacción del usuario por medio de los resultados de la atención dependerá de diferentes factores: la disminución del dolor, la recuperación de sus funciones, la calidad de vida que pudiera tener, entre otros. Los resultados ofrecen innumerables ventajas para estimar la calidad de la atención médica. Esta dimensión pocas veces se incluye como valorar la calidad, pero es necesario tener presente que los resultados de la atención médica están determinados no sólo de la aplicación del conocimiento científico, ni de la tecnología utilizada para resolver un problema de salud, sino también de otros factores que podrían obstaculizar la evaluación de dicha dimensión. Así, cabe la posibilidad de casos que después de un largo periodo se aprecien resultados más evidentes.

La relación médico-paciente es un factor a evaluarse. Para un consentimiento mutuo, resulta fundamental aportar información para realizar estudios y tratamiento. Sin pasar por alto la comunicación con los familiares con la finalidad de prevenir quejas y demandas. La satisfacción de la atención del paciente, en gran medida, conlleva a una buena comunicación entre él y sus familiares; informar del problema de salud, del tratamiento, así como aludir a las posibles consecuencias minorizan las noticias negativas y se evitan problemas legales.

En palabras de Avedis Donabedian (1978):

La aplicación de la ciencia en este caso de la medicina, de la tecnología con la que se cuenta y pueda hacerse uso de ella y la relación interpersonal, son elementos fundamentales de la calidad de la atención médica, desde el paciente y sus familiares (s.n.).

Los resultados de la atención médica son indicadores que coadyuvan a conocer la percepción de los usuarios, ellos indican si la atención es buena o mala. Sin embargo, por este camino no es posible discernir las deficiencias o ventajas de dicho resultado. A pesar de esta limitación, es viable dicha dimensión, porque es un indicador definitivo para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica.

Las tres dimensiones se correlacionan: cada una interviene en el proceso de atención.

Estudiar el derecho a la salud hace posible vislumbrarlo como derecho fundamental interrelacionado con sus determinantes, pues no sólo implica que la población cuente con servicios de salud, sino es necesario disponer de otros derechos (a la alimentación, a la educación, al trabajo, a condiciones ambientales adecuadas, etcétera) para gozar del óptimo nivel de salud.

Además, es necesario cumplir con sus cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Donabedian (1986) plantea diversos criterios para valorar la calidad de la atención médica:

Enfoque. Este criterio examina la estructura, el proceso y el resultado de la atención médica. Aquí la estructura adquiere gran protagonismo, ya que describe las condiciones físicas de la institución de salud, del equipo, del equipamiento del que se dispone y su organización. Este proceso sigue a los usuarios desde la solicitud de la consulta hasta su salida. En suma, el resultado es la recuperación de salud del paciente.

Fuente. Está conformada por fuentes normativas. En primera instancia más que evaluar la atención médica, pretende cumplir con las normas encargadas de brindar una adecuada atención médica. La parte empírica se explica a partir de las acciones (medidas preventivas, aportar información, entre otras) en determinada institución de salud puestas en práctica para mejorar sus servicios. Empero, recordemos que cada establecimiento tiene condiciones diferentes, por ende, en ciertos casos los resultados no serán del todo satisfactorios para mejorar los servicios de salud.

Referente. Se selecciona algún problema de salud para luego proceder a la elaboración de una lista de signos y síntomas. El objetivo es evaluar de manera directa los pasos a seguir para luego emitir un diagnóstico.

Implícitos y explícitos. Los criterios implícitos es cuando se solicita a un clínico experto que evalúe la calidad de la atención utilizando su propio juicio. También, se puede disponer de varios expertos para evaluar la atención médica y después podrán o no, reunirse para debatir y ajustar sus diferencias.

No obstante, este método es laborioso, caro y está sometido a la variabilidad de opinión de los que juzgan. El criterio explícito consiste en la preparación de puntos a evaluar. Una vez establecidos se procede a valorar la eficacia de la atención y puede ser el personal administrativo o de salud quienes se encarguen de revisar la atención, no es menester que lo realice el médico.

Formato. Para este criterio de evaluación se selecciona una enfermedad específica. Posteriormente, se formulan los pasos a seguir durante la consulta, es decir, a partir del ingreso del paciente hasta que obtiene la atención médica; se contempla el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. A partir de lo anterior se elaboran los niveles de calidad. Este criterio se puede evaluar desde el historial clínico del paciente y las pruebas de laboratorio.

Donabedian (1990) define también la evaluación de la calidad de la atención médica como:

El análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la definición de los procesos que requieren ser mejorados, de los logros alcanzados y de los problemas que es necesario resolver (s.p.)

De acuerdo con Aguirre (1997) la atención médica tiene como misión cumplir con las necesidades del usuario. Sólo por medio de la evaluación hacia dicho servicio se pueden establecer una escala de calificación.

Cuadro 2. Escala de calificación de la atención médica

Calificación	Concepto
Excelente	Es el resultado de la atención médica. Se alcanza el objetivo con oportunidad, calidad en los procedimientos y satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.
Suficiente	En los casos en que se logra el objetivo de la atención con oportunidad, pero sin satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institución. Se considera como un resultado aceptable.

Insuficiente o inadecuado	Es en los casos en que no se alcance el objetivo de la atención médica por falta de oportunidad en la atención, deficiencias en el proceso, omisión del acto médico requerido o un acto médico realizado de forma incorrecta, con daño para el paciente, para el prestador de servicios o para la institución.
En los casos de calificación suficiente, insuficiente o inadecuado, es necesario indagar sobre la estructura, proceso y resultado para conocer las causas del porqué no se está realizando una atención adecuada.	

Fuente. Cuadro de elaboración propia a partir de Aguirre y cols. ,2002.

Garantizar la calidad en los servicios significa asegurar condiciones de organización óptimas que posibiliten otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo en la atención de la salud o en la prestación de un servicio para el usuario.

La evaluación de los servicios de salud conlleva ciertas confusiones e incluso desacuerdos. Según Donabedian (1966), esto se debe a dos perspectivas que difieren en torno a los modos de abordar la calidad. La primera estudia el desempeño de los profesionales o técnicos de la salud, o de grupos relacionados entre sí; la meta es brindar un servicio de salud. La segunda, plantea una visión más amplia, pues evalúa a quienes reciben atención, pero se ocupa ante todo de las personas que les está vedado dicho servicio. En estos casos es necesario evaluar no sólo la atención, sino también la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad de los servicios para identificar el por qué ciertas personas están privadas de este derecho.

Debido a los intereses y dimensiones de esta investigación, únicamente nos enfocaremos en el desempeño de los profesionales o sus técnicas. Para conocer el cumplimiento de los médicos, Donabedian (1978) considera dos aspectos importantes: la técnica y la relación interpersonal. La técnica es la aplicación de conocimientos médicos para solucionar el problema de salud de un paciente. Para realizar esta labor se requiere utilizar la tecnología

apropiada, así, se alcanzan beneficios con los menores riesgos para el paciente. En lo que se refiere a la relación interpersonal, ésta se establece entre el proveedor del servicio y del usuario, la cual armoniza los principios éticos del médico, las expectativas y necesidades del paciente.

Ahora bien, la calidad de la atención médica puede evaluarse desde diferentes perspectivas: la de los usuarios o pacientes, la de los médicos o la de la institución. En la actualidad, se privilegia la calidad de la atención médica desde la percepción de los pacientes. Esto halla su razón en las acciones empleadas para mejorar la calidad de los servicios médicos, ya que éstas deben dirigirse, en primera instancia, a disminuir el sufrimiento e incrementar el bienestar general de los pacientes. De ahí que resulte esencial proporcionar un diagnóstico oportuno, adecuado y un tratamiento efectivo, acorde a las necesidades del paciente.

La evaluación de los establecimientos de salud sirve como eje rector para conocer las condiciones del servicio y la satisfacción del usuario. Es necesario disponer del instrumental adecuado que, como lo señalamos anteriormente, facilite al personal médico conocer los puntos de vista, y experiencias de los usuarios. Este trabajo propone dos instrumentos de evaluación que pueden aplicar los profesionales de las áreas de medicina, trabajo social, enfermería, promoción de la salud, entre otros. El primer instrumento es una encuesta cuyo fin es conocer la percepción del usuario sobre la estructura, proceso y resultado de la atención médica. La segunda propuesta instrumental es un guía de observación; ésta cumple su cometido a partir de la percepción del profesional de la salud. El objetivo estriba en adquirir información en torno a la estructura del establecimiento de salud.

2.3.5 Elementos para tener un sistema de calidad

Todo sistema debe contar con elementos básicos y fundamentales para procurar un servicio de calidad y evitar daños a los usuarios. La Organización Internacional de Normalización (ISO 9000) menciona que para conducir y operar una organización se requiere dirigirla y controlarla de forma sistemática y transparente, es así como “se logrará el éxito de una organización, implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño considerando las necesidades de todas las partes que conforma la organización (2005:s.p.).

William Edwards Deming (citado por Carro y González, 2012) propone cuatro etapas para contar con un sistema de salud de calidad:

Cuadro 3. Descripción del círculo de Deming

Etapas	Contempla	Especificación	Sistema de salud
Planear	Definir el proyecto	Definir el problema Analizar por qué es importante. Definir indicadores.	Evaluar calidad de la atención médica desde la perspectiva de los usuarios: evaluando la estructura, proceso y resultado.
	Analizar la situación actual	Recoger información existente. Identificar variables relevantes. Confeccionar planillas de registros. Recopilar datos de interés.	Realizar un herramienta que permita evaluar la atención médica, con la finalidad de conocer la calidad del establecimiento de salud.
	Analizar causas potenciales	Determinar causas potenciales. Analizar datos recopilados. Observar la experiencia personal. Tormenta de ideas.	Realizar una base de datos para analizar los datos. Es necesario realizar gráficas.
	Planificar soluciones	Plantear una lista de	En base a los

		soluciones. Establecer prioridades. Preparar un plan operativo.	resultados, se procede a realizar estrategias que permitan mejorar el servicio.
Hacer	Implementar soluciones	Efectuar los cambios planificados.	Realizar las estrategias diseñadas.
Verificar	Medir los resultados	Recopilar datos de control. Evaluar resultados.	Monitorear de forma continua dichas estrategias y establecer un periodo.
	Estandarizar el mejoramiento	Efectuar los cambios a escala. Capacitar y entrenar al personal. Definir nuevas responsabilidades. Definir nuevas operaciones y especificaciones.	Si las estrategias dieron resultados positivos, asignar responsabilidad para las operaciones y evaluación continua.
Actuar	Documentar la solución	Resumir el procedimiento aprendido.	Hacer una carpeta, en donde se documente la evidencia de la evaluación, las estrategias, monitoreo y asignación de las obligaciones.

Fuente: Carro y González, 2012. *Administración de la calidad total*.

Otras de la aportaciones de Deming (citado en López, 2014) son sus 14 puntos de calidad.

Cuadro4. Los catorce puntos de Deming

Puntos de Deming	Descripción
Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio	El propósito a largo plazo de toda empresa debe ser la supervivencia dentro del mercado, se lograra a través de la innovación del producto, la asignación de recursos para la planificación y satisfacer las necesidades del cliente.
Adoptar una nueva filosofía	Se está ante una nueva era económica, y los directivos deben enfrentar el nuevo reto, cumplir con sus responsabilidades y liderar el cambio
Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad	La calidad no es una opción, esta se realiza cuando termina el proceso del producto.
Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio	La utilización del precio como única variable para la decisión de una compra puede dejar de

	lado otras variables importantes
Mejorar siempre el sistema de producción y servicio	Considerando las necesidades de los clientes, la empresa debe fijar una idea sobre el producto que posteriormente representaran planes, especificaciones, y ensayos para hacerlo llegar al consumidor.
Implantar la formación	Los proveedores deben de recibir capacitaciones constantes, con el objetivo de incrementar el conocimiento y su desempeño.
Adoptar e implantar el liderazgo	La principal función de la dirección debe ser el liderazgo y no la supervisión; este consiste en ayudar a que mejore el comportamiento de los empleados para conseguir mayor calidad y producción, a la vez que el personal se sienta satisfecho de su trabajo
Desechar el miedo	Eliminar de la organización todo temor que impida que los empleados trabajen de manera productiva para ella.
Superar los problemas entre los departamentos	Se refiere a mejorar la calidad del trabajo del personal de investigación, ventas, diseño y producción con respecto a los materiales y las especificaciones
Eliminar el eslogan, exhortaciones y metas para la mano de obra	Eliminarlo porque puede causar frustración en los empleados cuando no se cumple con lo prometido en el eslogan, lo que no permitirían un buen ambiente laboral.
Eliminar las normas de trabajo que prescriban cuotas numéricas	Esto consiste en establecer un parámetro que mida la cantidad de trabajo que realiza una persona.
Superar los obstáculos que impiden que la gente se enorgullezca de su trabajo	Eliminar barreras de los directivos y empleados, para que sean evaluados por su trabajo.
Estimular la educación y la autoestima	No basta con que la gente esté bien preparada, hay que mejorar la educación. Todos son capaces de aportar ideas en su trabajo
Actuar para lograr la transformación	consiste en forma una estructura en la alta administración que asegure día con día que los 14 puntos se cumplan

Fuente: Fredy López. La aplicación del enfoque de calidad total en una pequeña empresa de servicios en la zona de Azcapotzalco. 2014.

Los establecimientos de salud deben considerar los 14 puntos anteriores para obtener un sistema de calidad, no se debe pasar por alto que la satisfacción de las necesidades de los usuarios es primordial.

Otro requisito a cumplir por parte de los establecimientos de salud es la certificación otorgada por el Sistema Nacional de Certificación de Establecimiento de Atención Médica (SiNaCEAM). Por su parte, el Consejo de

Salubridad General de la Secretaría de Salud (2012) evalúa el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad para el paciente en la estructura, proceso y resultado de determinado establecimiento de salud. Este proceso está compuesto por las siguientes fases:

Inscripción y autoevaluación

La autoevaluación contempla los elementos (infraestructura, personal médico y profesionales de salud capacitados, entre otros) que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto por la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y los estándares para la certificación de hospitales vigentes a partir del 1 de enero de 2011.

Los estándares para la Autoevaluación especifican los requisitos del personal, estructura y equipamiento, así como los planes, políticas, procedimientos y sistemas de información que son obligatorios para los hospitales que incursionen en el proceso de certificación y pasen a la fase de auditoría.

Auditoría

Es la segunda fase del proceso de certificación y se lleva a cabo por medio de la evaluación de: los estándares centrados en el paciente, los estándares enfocados en la gestión y las metas internacionales de seguridad de los usuarios.

Dictamen

Después de la auditoría, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica revisará puntualmente cada informe, para luego, dictaminar si un hospital es “certificado” o “no certificado”.

Cuadro 5. Dictamen de certificación de hospitales

Dictamen	Vigencia de certificación	Obligación
Aprobatorio 5.0-5.9	1 año	Recertificarse y obtener una calificación mayor a 5.9 de lo contrario la comisión dictaminará como “no certificado”.
Aprobatorio 6.0-8.9	2 años	Recertificarse y obtener una calificación mayor a 8.9, de lo contrario la comisión dictaminará como “no certificado”.
Aprobatorio igual o mayor a 9.0	3 años	Recertificarse y obtener una calificación mayor a 9.0, de lo contrario la comisión dictaminará como “no certificado”.

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de datos del Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales 2012.

Nota. El hospital que obtenga un dictamen de “no certificado” por parte de la comisión podrá inscribirse por segunda ocasión en el proceso de certificación en un plazo no menor a seis meses.

Finalmente, los establecimientos de salud deben cumplir con los estándares señalados por la Organización de Comercio de Desarrollo Económico (OCDE). En 2011, México contaba con 2.2 médicos por cada 1,000 habitantes, mientras el promedio de la OCDE es de 3.2 médicos por cada 1,000 habitantes. En lo que toca a las enfermeras es de 2.7 por cada 1,000 habitantes, tres veces menos del promedio de la OCDE que registra el 8.8. El suministro de camas de hospital (1.7 por cada 1,000 habitantes) es el más bajo de todos los países de la Organización; además el 24% del total de las camas pertenecen al sector privado. De esta forma, el número de camas del sector público en el país se calcula en 1.3 camas por 1,000 habitantes (Plan Nacional de Desarrollo, 2013).

El sistema de salud mexicano debe considerar los anteriores elementos para generar confianza en sus procesos y servicios, monitoreando de manera continua la eficacia, la eficiencia del proceso, el resultado de la atención y con

base a las evidencias diseñar e implementar estrategias para corregir las deficiencias.

Resumen. Este capítulo se subdivide en tres apartados. El primero ofrece una búsqueda bibliohemerográfica para dar a conocer los elementos teóricos sobre la calidad. En seguida, se mencionaron los elementos que influyen en la satisfacción de los usuarios y los resultados de algunas investigaciones que evalúan la calidad de la atención médica desde la perspectiva de los usuarios.

En el segundo apartado se aporta un esbozo de los antecedentes para estudiar la conformación del sistema de salud mexicano. Debido a la importancia de la adquisición de instrumentos internacionales que mencionan el derecho a la salud surgió la necesidad de analizarlos como un marco jurídico nacional. Con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud se obtuvieron elementos para comprender la estructura del sistema de salud mexicano. Asimismo, se prestó atención a los niveles de calidad de salud. Igualmente, se realizó un recuento de dos programas sobre calidad: la Cruzada Nacional por la Calidad y el Sistema Integral de Calidad para conocer las premisas fundamentales de estos programas.

El tercer apartado, trata sobre el derecho a la salud con base en la Observación General N°14 emitida por el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual no sólo hace referencia al derecho a la atención médica, sino que involucra a otros derechos como a la educación, alimentación, vivienda, servicios básicos, entre otros. Además, se expusieron cada uno de los elementos esenciales del proceso de atención (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad); de ellos, se hizo énfasis en la calidad.

De esta forma la presente investigación toma como eje la definición de Aguirre (2002) sobre calidad. Por último se desarrollaron los criterios para evaluar la atención médica cuyo principio rector fue el del “enfoque” que resulta útil para evaluar las dimensiones de la estructura, el proceso y el resultado.

Capítulo 3

Metodología

En este capítulo se expone el proceso a seguir para el diseño de dos instrumentos útiles (la encuesta aplicada por profesionales del área de salud y la guía de observación, aplicada por los prestadores de salud del establecimiento seleccionado) para evaluar la satisfacción de los usuarios en los establecimientos locales de salud. Para su elaboración se retomaron las categorías conceptuales descritas en las secciones anteriores.

3.1 Encuesta

Este instrumento se basa en el criterio que Donabedian denomina como *enfoque* que evalúa, desde la percepción del paciente, las tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. Para comenzar con la formulación de cada una de las preguntas, primero se puntualizó en la definición de las tres dimensiones:

Cuadro 6. Dimensiones de la calidad médica

Dimensión	Concepto
Estructura	Hace referencia a los medios materiales y humanos, empleados para proporcionar una adecuada atención con los menores riesgos para los pacientes.
Proceso	Acciones que debe realizar un paciente para recibir una atención médica, así como, la relación que se establece entre el personal de salud y el paciente.
Resultado	Se refiere a la recuperación y restauración de las funciones del paciente.

Fuente: Cuadro de elaboración propia a partir de las dimensiones propuestas por Avedis Donabedian.

Una vez establecidas las definiciones fue necesario señalar los indicadores que permitieron indagar la atención médica desde la percepción del paciente.

Cuadro 7. Indicadores de la calidad médica

Dimensión	Indicadores
Estructura	Organización Instalaciones Recursos materiales Recurso humano Medicamentos Espacios físicos
Proceso	Tiempo de espera Trato recibido por el personal de salud Relación médico-paciente Atención médica Complicaciones para recibir una atención médica
Resultado	Recuperación del estado de salud del paciente (vía telefónica)

Fuente: Cuadro de elaboración propia con base en los indicadores propuesto por Avedis Donabedian.

Gracias a los indicadores y a la descripción de un establecimiento de salud de primer nivel, se comenzó con la configuración de cada una de las preguntas que conforman la encuesta. En ella se contemplan y correlacionan la dimensión, la acepción, el indicador y la interrogante que permite indagar sobre la calidad de la atención médica (cuadro 8). Así dispuesto se estructuró la encuesta (Anexo 1).

Cuadro 8. Pasos para la formulación de preguntas de la encuesta

Dimensión	Acepción	Indicador	Pregunta
Estructura	Hace referencia a los medios materiales y humanos empleados para proporcionar una adecuada atención, se intentan con los	Instalaciones	De las veces que ha solicitado un servicio de salud a esta unidad, considera adecuadas las siguientes instalaciones para brindar un servicio de salud: 1.2.1 Sala de espera (1) Siempre

	menores riesgos para los pacientes.		(2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca 1.2.2 Consultorio médico (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca 1.2.3 Baños (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
Proceso	Acciones realizadas por el paciente para recibir atención médica, así como la relación establecida entre el personal de salud y el paciente.	Relación médico-paciente	De las veces que ha venido a consulta, el médico le permite hablar sobre su estado de salud. (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
Resultado	Se trata de la recuperación y restauración de la funciones del paciente.	Recuperación del estado de salud	Al tercer día de haber recibido la consulta Mejoro su estado de salud (1) Mucho (2) Poco (3) Nada

Fuente: Cuadro de elaboración propia, se retoman las dimensiones e indicadores propuestas por Avedis Donabedian.

3.2 Guía de observación

Este instrumento evalúa una de las dimensiones propuestas por Donabedian que es la estructura, dicha dimensión se valorará desde la percepción del prestador de salud del establecimiento de salud seleccionado puede ser el médico, enfermera, trabajadora social, promotor de la salud, por mencionar algunos.

Para obtener tal instrumento se seleccionaron los indicadores que serán puestos en evaluación. Por ejemplo, en el cuadro 9 se presenta una muestra de cómo se ligaron las dimensiones con los indicadores:

Cuadro 9. Indicadores para la guía de observación

Dimensión	Indicadores
Estructura	Salas de espera. Recursos para brindar una atención médica. Baños. Áreas verdes. Departamentos como trabajo social, enfermería, etc. Relación con el personal de salud y las/o pacientes.

Fuente: Cuadro de elaboración propia con base en la estructura, Avedis Donabedian propone la dimensión para evaluar la calidad de la atención médica.

Con base en los indicadores se describió cada una de las acciones a evaluarse; como se puede observar en el ejemplo del cuadro 10. Para la guía de observación completa consúltese el Anexo 2.

Cuadro 10. Estructura de la guía de observación

Nº	Acciones a evaluar	Registro de cumplimiento		Observaciones
		SI	NO	
1	Las salas de espera cuentan con las suficientes sillas para que las/o pacientes estén sentados			
2	De la totalidad de los consultorios con los que se cuenta el establecimiento de salud, todos brindan atención médica.			

Fuente: Cuadro de elaboración propia con base en los indicadores para evaluar la estructura de los establecimiento locales de salud.

3.3 Sugerencias para la aplicación de la encuesta y guía de observación

3.3.1 Cálculo de la muestra de la encuesta

Para generar un valor sobre la muestra de la encuesta, se sugiere considerar los pasos o la fórmula propuesta por el Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS²) que surge a partir del programa SICALIDAD. A continuación se hará mención de cada una.

Los pasos que propone el Sistema Nacional de Indicadores en Salud para evaluar los establecimientos de salud de primer nivel son: primero se debe establecer el mes para iniciar con la aplicación de las encuestas, una vez establecido este mes se debe consultar el número de consultas brindadas del

² INDICAS tiene como tarea principal conocer los niveles de la calidad percibida, de la calidad técnica y de la calidad de la gestión de los servicios de salud otorgados en los establecimientos de salud fijos o móviles. Correlativamente, monitorea la calidad e identifica las áreas de oportunidad para tomar decisiones, con el fin de brindar servicios de calidad, calidez y seguridad para el paciente.

mes anterior para verificar si las consultas otorgadas son menores a 11,000. Luego, ir a la siguiente tabla para consultar los parámetros de la muestra, se deberá contemplar la zona en donde se encuentra el establecimiento ya sea del área urbana o rural.

Área urbana

N° de consulta	Tamaño de la muestra	N° de consulta	Tamaño de la muestra	N° de consulta	Tamaño de la muestra
110	61	350	99	1000	121
120	64	400	103	2000	129
130	67	450	106	3000	132
140	70	500	108	4000	133
150	72	550	110	5000	134
160	74	600	112	6000	135
170	76	650	114	7000	135
180	78	700	115	8000	135
190	80	750	116	9000	136
200	82	800	118	10000	136
210	83	850	119	11000	136

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores en Salud. 2009.

Área rural

N° de consulta	Tamaño de la muestra	N° de consulta	Tamaño de la muestra	N° de consulta	Tamaño de la muestra
110	26	350	31	1000	33
120	27	400	32	2000	34
130	27	450	32	3000	34
140	28	500	32	4000	34
150	28	550	32	5000	34
160	28	600	33	6000	34
170	29	650	33	7000	34
180	29	700	33	8000	34
190	29	750	33	9000	34
200	29	800	33	10000	34
210	30	850	33	11000	34

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores en Salud. 2009.

Tras el parámetro de la muestra debe multiplicarse por cuatro que son los meses que propone INDICAS para evaluar la calidad de la atención médica (Ver cuadro 11).

Cuadro 11. Cálculo de la muestra de la encuesta

Mes de aplicación de las encuestas	Mes de consulta de	Nº de consultas otorgadas	Tamaño de la muestra	Mínimo de encuestas cuatrimestral
Febrero	Enero	8000	135	540

Si al indagar el número de consultas equivalen a más de 11, 000 servicios otorgados, se recomienda utilizar la siguiente fórmula establecida por INDICAS estadística.

$$\frac{N * Z \cdot ^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z \cdot ^2 * p * q}$$

Urbana	Rural
--------	-------

N= Nº de consultas del mes inmediato anterior

p= 70

q= 100-p

Z · ² = 1.6384

e= 5	e= 10
------	-------

3.3.2 Cálculo de la muestra de la guía de observación

Este instrumento se deberá aplicar tres veces por semana durante cuatro meses, a la par se deberán realizar las encuestas. El promedio es de 36 o 40 guías de observación aplicadas.

3.3.3 Criterios para la aplicación de la encuesta

a) Población

Hombres y mujeres que tengan una edad mínima de 18 años y asistan a algún establecimiento de salud de primer nivel o ambulatorio.

b) Criterios de inclusión

- Usuarios que acudan a consulta a algún establecimiento de salud durante la investigación.
- Usuarios que soliciten cualquier tipo de servicio dentro del establecimiento de salud.
- Hombres y mujeres con una edad mínima de 18 años.
- Usuarios que acepten participar en el estudio.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado acerca del estudio (para conocer dicho consentimiento ver anexo 4).

c) Criterios de exclusión

- Pacientes que sean menores de 18 años.
- Pacientes que hayan cancelado su cita al momento.
- Usuarios que no deseen participar en el estudio.

d) Criterios de eliminación

- Pacientes que no respondan el cuestionario completo.

3.3.4 Criterios para la aplicación de la guía de observación

El único criterio a respetar es que este instrumento sea aplicado por un prestador de salud que pertenezca al establecimiento de salud que se está evaluando.

3.3.5 Diseño de base de datos de la encuesta

La base de datos fue diseñada en Excel, se toman en cuenta las dimensiones propuestas por Donabedian. Asimismo, está formada por cinco hojas, cada una con su respectivo encabezado (datos personales, estructura, medicamentos,

proceso y resultado) y divididas en apartados diferentes, como muestra la hoja de estructura, fraccionada en espacios físicos, personal de salud, recursos materiales y medicamentos (ver anexo 5).

Para capturar los datos de la encuesta se anotará el número de la opción elegida por el usuario. Conviene tener presente que en casos cuando el usuario elige la opción “otra”, se deberá especificar la respuesta y transcribirla.

3.3.6 Diseño de la base de datos de la guía de observación

Se propone una base de datos en Excel (ver anexo 6) en ésta sólo se capturará la respuesta de cada acción a evaluar; las observaciones se tendrán que transcribir para realizar el análisis.

3.3.7 Manejo de datos de la encuesta

Una vez capturada la información, se procederá al análisis del resultado, para ello se recomienda realizarlo respetando las dimensiones:

Estructura

- Espacios físicos
- Personal de salud
- Recursos materiales
- Medicamentos

Proceso

- Tiempo de espera
- Trato
- Relación médico-paciente
- Quejas

Resultado

- Estado de salud

Es importante realizar una gráfica para cada una de las respuestas que conforman la encuesta, indicando el porcentaje o número de cada una de las opciones de respuesta.

Durante el análisis es pertinente que se comparen ciertas variables como:

- El tiempo de espera cuando la consulta se solicita vía telefónica.
- El tiempo de espera cuando se solicita la consulta al momento.
- El tiempo de espera cuando se solicita la consulta vía internet.
- La satisfacción del paciente con el tiempo de espera.
- La satisfacción del paciente con la relación médico-paciente.
- La satisfacción del paciente con el trato recibido.
- La satisfacción del paciente con la estructura.
- La satisfacción del paciente con el resultado.

Las gráficas y la relación con las variables servirán para calificar el establecimiento de salud de primer nivel o ambulatorio como excelente, regular o con mala calidad en la atención médica.

3.3.8 Manejo de datos de la guía de observación

Una vez capturadas las respuestas de cada acción, se procederá a realizar una gráfica por acción, lo que permitirá conocer la estructura del establecimiento de primer nivel o ambulatorio.

En las observaciones se deberá presentar una conclusión por cada acción de acuerdo con lo percibido. Finalmente, se efectuará una correlación

entre la satisfacción del paciente con la estructura y los resultados obtenidos de la guía de observación.

Resumen. En este capítulo se mostraron los pasos para estructurar las dos propuestas metodológicas para evaluar la calidad de la atención médica: la encuesta y la guía de observación. Para ello fue necesario retomar los objetivos del trabajo, el concepto de calidad, los criterios y las dimensiones a evaluar.

La encuesta está conformada de tres partes: estructura del establecimiento de salud, el proceso para recibir atención médica y el resultado con base en el diagnóstico y el tratamiento. Estas partes se evaluarán a partir de la perspectiva de los usuarios.

La guía de observación la aplicará un prestador de salud que pertenezca al establecimiento de salud que se está evaluando ya sea el médico, ya sea la trabajadora social, ya sea la enfermera y promotor de la salud. Esta guía evaluará sólo la estructura del establecimiento de salud.

Finalmente, se aportan sugerencias para la aplicación tanto de la encuesta como de la guía de observación.

Capítulo 4

Reflexiones

La salud es un derecho humano fundamental, un bien público que el Estado debe respetar, proteger y cumplir. México ha firmado diversos instrumentos internacionales que lo garantizan: la Carta de los Derechos Humanos y, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; de ellas derivan la Observación General N°14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y diversos instrumentos que abordan el derecho a la salud y las acciones que deben considerar los Estados para el cumplimiento de este derecho.

Se deja en claro que el derecho a la salud no sólo se cumple brindando servicios de salud o restableciendo la salud de las personas, sino se debe reconocer la importancia de los determinantes de la salud y modificarlos con el fin de mejorar la salud; éstos son educación, vivienda, la alimentación, pobreza, equidad, seguridad social, relaciones sociales, medio ambiente, que sin duda amenazan la salud de la población. Por lo tanto, para cumplir con este derecho se deben procurar otros derechos, satisfacer los elementos esenciales y visualizar la salud de una forma amplia como se contempla en la OG N°14, es decir, abordar sus cuatro dimensiones: condiciones externas, condiciones internas, estilos de vida y lo jurídico. Lo anterior para la exigencia de los derechos fundamentales.

En los últimos años, la calidad de los servicios de salud ha sido un tema de relevancia para el gobierno y las instituciones de salud. Por ello, el gobierno ha implementado dos programas a nivel nacional: la Cruzada Nacional por la

Calidad y SICALIDAD. Este último aportó herramientas metodológicas que evalúan los indicadores básicos de la atención médica.

El objetivo de valorar los servicios de salud, específicamente la atención médica, es identificar errores o deficiencias de algún establecimiento local de primer nivel. Más que hacerse acreedor de alguna sanción, se trata de conocer cómo se brinda el servicio de salud con la finalidad de conocer cómo se está brindando el servicio y si es necesario realizar estrategias o acciones para evitar daños al paciente, reducir problemas legales a la institución e incluso al médico y cumplir con una de las misiones a nivel nacional que es elevar la calidad de los servicios de salud. Además, la evaluación de los servicios de salud es indispensable para contar con su certificación y así brindar un servicio de calidad y sin riesgos para el usuario.

A pesar de que la calidad de la atención médica es un tema de importancia capital a nivel nacional y un derecho que todo ciudadano debe tener, existen algunas adversidades para poder investigar dicho tema en algunas instituciones de salud.

Esta investigación parte de la pregunta ¿cómo las(o) derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar N°7 del IMSS perciben la calidad de la atención médica? de allí surge, después de una revisión exhaustiva, la propuesta de los dos instrumentos. Éstos no fue posible aplicarlos a los usuarios de esa Unidad Familiar debido a complicaciones burocráticas en cuanto a los permisos en este servicio de salud, sin embargo, queda abierta esta posibilidad.

Mi inquietud sobre ¿por qué no se autorizó?, sigue latente. El propósito de la evaluación no pretende modificar la estructura o los procedimientos de la

unidad, sino intenta contribuir con el primer paso para mejorar la calidad de la atención médica que es la evaluación. La información aquí expuesta serviría como evidencia descriptiva para el establecimiento de salud. Empero, hasta este momento, mi propuesta no trascenderá las dimensiones de estas hojas.

La guía para el diseño de estos instrumentos fue el marco teórico pues, primero se establecieron las diversas acepciones. De esta manera se construyeron los indicadores y las variables que dan cuenta de las categorías establecidas.

La finalidad de estos dos instrumentos, la encuesta y la guía de observación, estriba en indagar y conocer sobre la calidad de la atención médica de algún establecimiento de salud de primer nivel o ambulatorio para contribuir con el primer paso para mejorar la calidad de los servicios de salud que es la evaluación.

La encuesta está dividida en las tres dimensiones propuestas por Donabedian: la estructura, el proceso y el resultado. Éstas sirven para conocer la atención médica desde la percepción del usuario. Los elementos que se utilizaron en cada dimensión están sustentados en el marco teórico. La dimensión de la estructura y el proceso se conoce directamente con los usuarios que asisten a una atención médica, el resultado se indaga a través de una llamada telefónica. Una de las encuestas con rigor de validez es la de INDICAS, no obstante, la encuesta que aquí se propone, a diferencia de la antes señalada, retoma las tres dimensiones e indaga sobre el resultado de la atención médica en dos momentos diferentes (presencial y vía telefónica).

El otro instrumento, la guía de observación, tiene como finalidad conocer la estructura del establecimiento de salud de primer nivel o ambulatorio, dado

que una estructura en óptimas condiciones es esencial para brindar una atención de calidad.

La relación entre la calidad y la promoción de la salud remonta hacia 1974, específicamente al Informe Lalonde, en el que se plantearon estrategias para mejorar la salud de la población. Según el informe, estas acciones deben centrarse en transformar los determinantes de la salud y uno de ellos es el sistema de salud. Desde aquel año los sistemas de salud son una preocupación para los diversos gobiernos.

Dos años después se decretó el PIDESC, pacto que influyó en la Declaración de Alma-Ata (1978); en uno de sus puntos se estableció que el derecho a la salud es un derecho humano y un objetivo social, de suerte que no sólo debe de estar involucrado el sistema de salud, sino también otros sectores sociales y económicos.

Tanto el Informe de Lalonde y la Declaración de Alma-Ata fueron importantes para propiciar la Primer Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en la ciudad de Ottawa en el año de 1986. Dicha conferencia define por primera vez la promoción de la salud y desarrolla cinco estrategias que ejercerá la promoción de la salud. Una de ellas es la reorientación de los servicios de salud, donde se establece la responsabilidad que tienen tanto los establecimientos de salud, como las personas, los profesionales, las instituciones y los gobiernos para brindar un sistema de protección a la salud, respetar la cultura de los pacientes y satisfacer sus necesidades. Asimismo, para lograr una reorientación de la promoción es necesario invertir mayores recursos hacia la investigación sanitaria.

En las siguientes conferencias de promoción de la salud se señalaron las instrucciones para los gobiernos; entre ellos destacan: formular políticas públicas de salud (Adelaida, Australia 1988), crear entornos propicios que favorezcan a la población (Sundswall, Suecia 1991), intervenir sobre los determinantes de la salud (Yakarta, Indonesia 1997), situar a la promoción de la salud como uno de los ejes a considerar en las políticas y programas de salud en todos sus niveles (Ciudad de México, México 2000).

La promoción de la salud, con el tiempo, se ha convertido en una estrategia esencial como se mencionó en Nairobi, Kenya (2009), pues permitirá mejorar la salud, el bienestar y reducir las inequidades en salud. Desde esta perspectiva, es esencial empoderar a las personas, para que tengan un control sobre su salud y utilicen los recursos necesarios para su bienestar.

Cada una de las conferencias de promoción de la salud están encaminadas a actuar sobre los determinantes de la salud y el cumplimiento del derecho a la salud, sin olvidar la parte sanitaria, que se debe cumplir a través de la evaluación de los establecimientos. Sólo así se pondrán alcanzar metas a nivel nacional e internacional.

Pese a que México es parte de los pactos e instrumentos nacionales e internacionales y que en los últimos años se han implementado programas a nivel nacional por la calidad, falta camino por recorrer para mejorar la atención médica y poder contar con un sistema de salud de calidad. Aún se ve en los pasillos de las clínicas y hospitales personas que pasan más de dos horas para recibir atención, farmacias que no cumplen con el catálogo indispensable de medicamentos, personal de salud que no dirige un buen trato y no respeta la cultura del paciente. Es necesario seguir evaluando cada uno de los

establecimientos y poder trabajar en conjunto para diseñar estrategias que permitan mejorar la atención médica de forma progresiva.

Siglas

ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
IMSS	Instituto Mexicano para la Seguridad Social
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
OG14	Observación General N°14
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad
SEDENA	Secretaría de Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina

Lista de cuadros y diagrama

Diagrama 1. Estructura del sistema de salud mexicano	23
Diagrama 2. Cobertura del sistema de salud mexicano	24
Cuadro 1. Derechos de los y las pacientes	26
Cuadro 2. Escala de calificación de la atención médica	41
Cuadro 3. Descripción del círculo de Deming	44
Cuadro 4. Los catorce puntos de Deming	45
Cuadro 5. Dictamen de certificación de hospitales	48
Cuadro 6. Dimensiones de la calidad médica	51
Cuadro 7. Indicadores de la calidad médica	52
Cuadro 8. Pasos para la formulación de preguntas para la conformación de la encuesta	52
Cuadro 9. Indicadores para la guía de observación	53
Cuadro 10. Estructura de la guía de observación	54
Cuadro 11. Cálculo de la muestra de la encuesta	56

Referencias bibliográficas

- Aguirre Gas, Héctor. “Administración de la calidad de la atención médica”, *Revista Médica del IMSS*, 1997, núm. 4, p. 8.
- _____ . “Conceptos básico” en *Calidad de la atención médica bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, 3^{er} edición, México, 2002, p. 16.
- _____ . “Metodología para la evaluación de la calidad de la atención médica” en *Calidad de la atención médica bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, 3^{er} edición, México, 2002, p. 18.
- Álvarez Heredia, Francisco. “Conceptos y definición de calidad” en *Calidad y auditoría en salud*, Bogotá, Colombia, 2007, p. 17.
- Avedis, Donabedian. “Criteria and standars for quality assessmenta and monitoring”, *Revista Calidad Asistencial*, año 2001, núm. 1, p. 12.
- _____ . “Evaluating the quality of medical care”, *Revista Calidad Asistencial*, año 2001, núm. 1, p. 12.
- _____ . “The quality of medical care”, *Revista Calidad Asistencial*, año 2001, núm. 1, págs. 12.
- Carro Paz, Roberto y Daniel González Gómez. “Administración de la calidad total”, en http://nulan.mdp.edu.ar/1614/1/09_administracion_calidad.pdf consultado el 20 de abril de 2014.
- Consejo de Salubridad General. “Estándares para la certificación de hospitales” en

<http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/EstandaresCertificacionHospitales2012.pdf> (consultado el 20 de abril de 2014).

- Chavira Ortega, José Jaime. *Programa de mejora: Cruzada por la calidad de los servicios de salud. La percepción del personal médico en un hospital público. Reflexiones desde los estudios críticos de gestión.* Tesis Doctoral, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.
- Cruz Hernández, Maricela. *La implementación del seguro popular y el cumplimiento del derecho a la salud, en una unidad del primer nivel de atención en la delegación Iztapalapa.* (2010). Tesis de Licenciatura, México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México. 2010.
- Espinoza Velázquez, Soraya. *Identificar la satisfacción de la atención médica en los usuarios de la consulta externa de la unidad de medicina familiar 220.* (2007). Tesis para obtener el diplomado en: Especialista en medicina familiar, México, Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina, pp. 24-41.
- Frenk, Julio y Gómez Dantes, Octavio “Estructura, cobertura y beneficios del sistema de salud” en *El sistema de salud de México*, 1^{er} edición, México, editorial Nostra, 2008, p.8.
- García Solís, María A. *Evaluación de la relación médico paciente en medicina familiar desde la perspectiva del paciente.* (2007). Tesis para obtener el diplomado en: Especialista en medicina familiar, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 43-52.
- Guzmán, María Angélica, Ramos Córdova, Luis Fernando, Castañeda Sánchez, Oscar, López del Castillo Sánchez, David y Gómez Alcalá, Alejandra V. “Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar”, *Revista Médica del IMSS*, 2005, p. 7.

- López Flores, Fredy. *La aplicación del enfoque de calidad total en una pequeña empresa de servicios en la zona de Azcapotzalco*. Tesis Licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.
- Maldonado Islas, Guadalupe, Jesús Salvador Frago Bernal, Samuel Efrén Orrico Torres, *et al.* “Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS”, *Revista Médica del IMSS*, 2002, p.10.
- Mendizábal Bermúdez, Gabriel. “La atención a la Salud en México”, México, 2010, Editorial Fontamara, pp.21-26.
- Navarro Ballesteros, Leticia. *Calidad de la atención médica en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (2005). Tesis para obtener el diplomado en: Especialista en medicina familiar, México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México Facultad de Medicina, pp. 3-8.
- Nava Carbellido, Víctor Manuel. “Conceptos, gurús y modelos fundamentales”, México, 2005, p.15.
- Oliva Ríos, Mónica. “Guía de estudio de Derechos Humanos”, México, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2011, pp. 1-6.
- Organización Mundial de la Salud “Determinantes sociales de la salud” en http://www.who.int/social_determinants/es/ consultado el 12 de noviembre de 2013.
- Organización Mundial de la Salud “Prevención de las infecciones nosocomiales” en <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/PISpanish3.pdf> (consultado el 20 de noviembre de 2013).

- Bronfman Pertzovsky, Mario Norberto, López Moreno, Sergio, Magis Rodríguez Carlo, Moreno Altamira, Alejandra y Rutstein, Shea “Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias”, *Revista de salud pública de México*, 2003, núm. 6, p. 10.
- Quintana Roldán, Carlo, Norma Sabido Peniche. “Los derechos humanos en la teoría jurídica contemporánea” en *Derechos humanos*. México, Editorial Porrúa, 2004, pp. 17-30.
- Ramírez Sánchez, Teresita, Nájera Aguilar, Patricia y Nigenda López, Gustavo “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México”, *Revista d salud pública de México*, México, p.11.
- Ruelas, Enrique y Querol, J. “Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud”, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994, pp. 54-56.
- Soto Estrada, Guadalupe, Lutzow Steiner, Miguel Ángel, González Guzmán, Rafael “Rasgos generales del sistema de salud en México” en *Sistema de salud México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, pp. 119-138.

Documentos

- Acción de Nairobi “Promoción de la salud y su implementación en salud”. OMS, 7° conferencia internacional de promoción de la salud, 2009.
- Carbonell, Miguel. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, México, 2011.

- Carta de Bangkok “Promoción de la salud en un mundo globalizado”. 6° conferencia internacional de promoción de la salud, 2005.
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N°14, 2000.
- Comité Interamericana de los Derechos Humanos. Pacto de San Salvador. Artículo 9 y 10. San José Salvador, 1988.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1° conferencia internacional de promoción de la salud, 1986.
- Declaración de Adelaida “Políticas públicas para la salud”. 2° Conferencia Internacional de promoción de la salud, 1988.
- Declaración de Alma-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud, 1978.
- Declaración de México “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad”. 5° conferencia internacional de promoción de la salud, 2000.
- Declaración de Sundsvall “Entornos propicios para la salud”, 3° conferencia internacional de promoción de la salud, 1991.
- Declaración de Yakarta (1997, 21-25 de julio). La promoción de la salud en el siglo XXI. Cuarta conferencia internacional de promoción de la salud.
- Instituto Nacional de Salud Pública. “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición”. México, 2012, pp. 32-35.
- Ley General de Salud. Título segundo, capítulo 1, artículo 6. Editorial ISEF, México, 2011.

- _____ .Título tercero bis, capítulo II, artículo 77 bis 9. Editorial ISEF, México, 2011.
- _____. Título primero, artículo 2. Editorial ISEF, México, 2011.
- Norma Internacional ISO 9000. 2005, p.6.
- Organización de las Naciones Unidas. “Declaración y programa de acción de viena”, 1993, pp. 1-22.
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 25, 1948.
- Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12, 1966.
- Programa de acción específico. “Sistema integral de calidad en salud SICALIDAD”, México, 2007, p.7.
- Secretaría de Salud. “Primer nivel, formatos para recolección y concentración de datos”. México, pp. 1-25.

Anexos

Anexo 1
ENCUESTA SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD LOCAL DE PRIMER NIVEL.

Fecha de aplicación: / / /
 Folio _____

Datos generales

Sexo (1) Hombre (2) Mujer Edad: ____ (años) Turno (1) Matutino (2) Vespertino
 Nivel de escolaridad _____ Ocupación: _____
 Ingreso mensual _____
 Pueblo o colonia de donde proviene _____
 Teléfono de casa o celular _____

1. Estructura

1.1 ¿Cuál es el motivo por la cual usted vino a la Unidad?
 (1) Consulta externa (2) Control prenatal (3) Atención al menor de cinco años por infección respiratoria aguda (4) Atención al menor de cinco años con enfermedad diarreica aguda (5) Atención al paciente diabético (6) Atención al paciente hipertenso (7) Estudios (rayos X, laboratorio, etc.) (8) Plática (9) Otra _____ (especificar)

1.2 De las veces que ha venido a solicitar un servicio de salud a esta unidad, considera adecuadas las siguientes instalaciones para brindar un servicio de salud:

- 1.2.1 Sala de espera (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.2.2 Consultorio médico (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.2.3 Baños (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.2.4 Diferentes departamentos (trabajo social, enfermería, administración) (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

1.3 De las veces que ha venido a esta unidad, usted considera que el siguiente personal es suficiente para brindar un servicio de salud:

- 1.3.1 Médicos (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.3.2 Trabajador Social (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.3.3 Enfermeras (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.3.4 Asistente médico (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.3.5 Personal de farmacia (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

1.3.6 Administradores (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

1.4 De las veces que ha venido a ¿considera que los siguientes materiales son adecuados para brindar un servicio de salud?:

- 1.4.1 Lengüetas (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.4.2 Báscula (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.4.3 Estetoscopio (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.4.4 Baumanómetro (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca
- 1.4.5 Mesa de exploración (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

1.5 ¿Usted surte su receta en la farmacia de la Unidad?

- (1) Si (2) No

1.5.1 En caso de haber respondido que No a la pregunta 1.5 responder ¿Cuál es la razón por la cual usted no surte su receta en la farmacia?

- (1) Largas filas (2) No hay medicamentos (3) Por el trato que se recibe (4) Otra _____ (especificar)

1.5.2 En caso de haber respondido que Sí a la pregunta 1.5 ¿De las veces que usted ha surtido su receta en la farmacia, le surten todos los medicamentos prescritos por el médico?

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

1.6 De las veces que ha venido a esta unidad, usted considera adecuado el tiempo para pasar por sus medicamentos a farmacia

- (1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

1.7 El día de hoy usted paso a la farmacia para surtir sus medicamentos

- (1) Si (2) No

1.7.1 En caso de haber respondido que Sí llenar el siguiente cuadro:

Medicamentos recetados	Medicamentos surtidos	Medicamentos no surtidos

2. Proceso

2.1 ¿Por cuál vía usted realizó su cita?

(1) Vía telefónica (2) Con la asistente médica (3) Vía internet

2.2 Momento de solicitar la consulta		2.3 Momento de entrada al consultorio		2.4 Minutos de espera
Hora	Minutos	Hora	Minutos	

2.5 De las veces que ha venido a esta unidad ¿considera que el tiempo que espera para pasar a consulta es adecuado?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.6 De las veces que ha venido a esta unidad ¿considera que el trato recibido en general durante su estancia en la clínica es adecuado?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.7 De las veces que ha venido a consulta ¿el médico le permite hablar sobre su estado de salud?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.8 De las veces que ha venido a consulta ¿se siente en confianza con el médico para hacer mención sobre su problema de salud?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.9 De las veces que ha venido a consulta ¿el médico le explicó sobre su estado de salud (Diagnóstico)?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.10 De las veces que ha venido a consulta ¿el médico le explicó sobre el tratamiento a seguir y las posibles complicaciones?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.11 De las veces que ha venido a consulta ¿considera adecuada la información proporcionada por el médico?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.12 De las veces que ha venido a consulta ¿considera adecuada el trato recibido por parte del médico?

(1) Siempre (2) Casi siempre (3) A veces (4) Nunca

2.13 De las veces que ha venido a esta unidad ¿ha tenido algún problema para recibir atención médica?

(1) Sí (2) No

2.13.1 En caso de haber respondido que Sí a la pregunta 2.13 responder la siguiente pregunta ¿Motivo por el cual no recibió consulta médica?

(1) No asistió el médico (2) No llevaba la cartilla (3) Por no ir en mi turno (4) Otra _____ (especificar)

2.14 ¿Alguna vez usted ha sido discriminado dentro de la unidad?

(1) Si (2) No

2.14.1 En caso de haber respondido que si a la pregunta 2.14 responder la siguiente pregunta ¿De parte de quien recibió la discriminación?

(1) Médico (2) Farmacia (3) Asistente médica (4) Trabajador Social (5) Enfermería (6) Otro _____ (especificar)

2.15 Alguna vez ha usted le han gritado, golpeado o insultado dentro de la unidad

(1) Sí (2) No

2.15.1 En caso de haber respondido que si a la pregunta 2.15 responder la siguiente pregunta ¿En que área de la unidad le han dado mal trato?

(1) Asistente médica (2) Área médica (3) Enfermería (4) Trabajo Social (5) Laboratorio (6) Rayos X (7) Farmacia (8) Administración

3. Resultado

Autoriza que dentro de la siguiente semana se le contacte para ver si mejoro su estado de salud, con la finalidad de conocer si se realizó un buen Diagnóstico y por consecuente un adecuado tratamiento.

(1) Sí (2) No

3.1 Al tercer día de haber recibido la consulta

Mejoro su estado de salud

(1) Mucho (2) Poco (3) Nada

3.2 A la semana

Mejoró su estado de salud

(1) Mucho (2) Poco (3) Nada

Anexo 2

Guía de observación para indagar sobre la estructura de la atención médica.

Instrucciones: Observa si la ejecución de las actividades que se enuncian se están realizando y marque con una "X", el cumplimiento o no en la columna correspondiente, asimismo es importante anotar las observaciones pertinentes.

Nombre del observador	
Fecha de observación	

Nº	Acciones a evaluar	Registro de cumplimiento		Observaciones
		SI	NO	
1	Las salas de espera cuentan con las suficientes sillas para que las/o pacientes estén sentados.			
2	Los consultorios médicos están ordenados y limpios para brindar un servicio adecuado.			
3	De los baños que hay en el establecimiento de salud están en función.			
4	Del o los baños que están en función, están en condiciones (bote para el papel, agua, lavabo, etc.)			
5	Los departamentos que hay en el establecimiento de salud, como trabajo social, enfermería, administración, son adecuados para brindar el servicio a las/o pacientes.			
6	El establecimiento de salud cuenta con áreas verdes.			
7	El estado de los materiales como: lengüetas, báscula, estetoscopio, baumanómetro y mesa de exploración, son adecuados para brindar una atención médica.			
8	El trato que recibe la o el paciente por parte del personal de salud es respetuoso.			
9	El personal de salud esta adecuadamente vestidos de acuerdo con su departamento.			
10	Hubo inconveniente con algún paciente o médico durante la observación.			

Carta de consentimiento

Folio

--	--	--	--	--	--	--	--

El motivo de la encuesta es para conocer cómo perciben los derechohabientes la calidad de la atención médica de dicho establecimiento de salud, con la finalidad de realizar mi proceso de titulación.

Por lo que le solicito a usted, su colaboración para el llenado de la encuesta, informándole que los datos que usted proporcione serán totalmente confidenciales y se utilizaran solo con fines estadísticos y académicos.

Carta de consentimiento

Folio

--	--	--	--	--	--	--	--

El motivo de la encuesta es para conocer cómo perciben los derechohabientes la calidad de la atención médica de dicho establecimiento de salud, con la finalidad de realizar mi proceso de titulación.

Por lo que le solicito a usted, su colaboración para el llenado de la encuesta, informándole que los datos que usted proporcione serán totalmente confidenciales y se utilizaran solo con fines estadísticos y académicos.

Personal de salud

1.3.1 Médicos	1.3.2 Trabajadora (o) social	1.3.3 Enfermera	1.3.4 Asistente médico	1.3.5 Personal de la farmacia	1.3.6 Administradores

Anexo 6

Guía de observación

Guía de observación															
No	Acción a evaluar	Periodo	Respuesta												
1	Sala de espera adecuada														
2	Consultorios están brindando servicios														
3	Baños están en función														
4	Baños son adecuados														
5	Departamentos en función														
6	Áreas verdes														
7	Estado de los materiales														
8	Relación médico-paciente														
9	Vestimenta del personal de salud														
10	Problema con usuario o médico.														

