



**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



**Calidad de la atención en el programa de Fortalecimiento de la Atención
Primaria de Hidalgo, 2016-2017**

Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de:

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA

JOSÉ ALEJANDRO MULLER SANJUAN

DIRECTORA DE PROYECTO TERMINAL

M. en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Comité Tutorial

Codirector: D. en C.S.P. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Asesora: D. en Psic. Andrómeda Ivett Valencia Ortiz

Asesor: M en S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Pachuca de Soto, Hidalgo, septiembre 2017.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

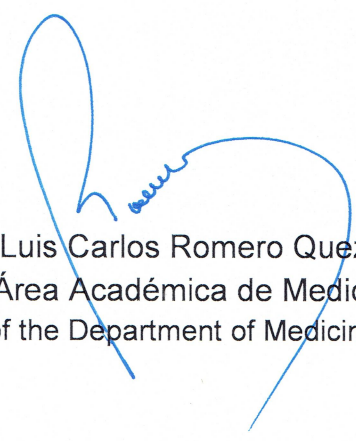
Oficio No. ICSa/AAM/MSP/147/2017
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., agosto 29 del 2017


JOSÉ ALEJANDRO MULLER SANJUAN
ALUMNO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Calidad de la atención en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Primaria 2016-2017”** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 “Amor, Orden y Progreso”


 MC Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean


 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine


 M. en S.P. Luis Enrique Díaz Pérez
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

LEDP'mchm*



Elíseo Ramírez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42090
 Teléfono:52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hgo., Agosto 28 del 2017

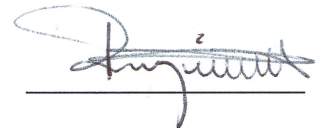
M. en S.P. LUIS ENRIQUE DÍAZ PÉREZ
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH

Los integrantes del Comité Tutorial del alumno **José Alejandro Muller Sanjuan**, con número de cuenta q02846, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "*Calidad de la atención en el Programa de Fortalecimiento a la Atención Primaria 2016-2017*", ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

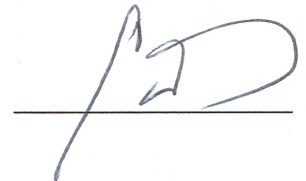
M en S.P. Josefina Reynoso Vázquez

Directora



D. en C.S.P. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma

Codirector



D. en Psic. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz

Asesora



Agradecimientos

A mis padres **José Antonio Muller Garcia** y **Elza Alejandra Sanjuan Cruz** quienes sin escatimar esfuerzo han sacrificado gran parte de su vida, que me han formado y educado. A quienes la ilusión de su existencia ha sido verme convertido en una persona de provecho. A quienes nunca seré capaz de pagar con las riquezas más grandes de mundo. A ellos los seres universalmente más importantes en mi vida.

Adriana Hernandez Martinez...Durante el desarrollo de esta aventura se presentaron varias situaciones las cuales pudieron llegar a ser en muchos momentos, motivos convincentes para rendirse, hubo momentos en los que la esperada y anhelada ayuda no parecía llegar. Pero en esos mismos momentos resaltó dentro de mi vida esa persona que no dudo en seguirme apoyando, impulsando y reconfortándome, que durante días, meses y años se ha vuelto mi compañera, mi amiga, mi consejera.

M. en S.P. **Josefina Reynoso Vázquez** por aportar su tiempo, sus conocimientos y paciencia, para la realización de este proyecto.

D. en C.S.P. **Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma** por su apoyo y contribución en logro de este trabajo, así como sus grandes enseñanzas.

D. en Psic. **Andrómeda Ivett Valencia Ortiz** por sus consejos, por su paciencia que llevaron a la culminación de este proyecto.

M. en S.P. **Juan Carlos Paz Bautista** por su orientación y su ayuda que permitieron aprender más de lo estudiado.

Al **Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria** por su apoyo en la realización de este proyecto.

A la **Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo** por la maravillosa oportunidad de ser su alumno y formar parte de esta gran institución.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología** (CONACYT) por haberme otorgado la beca para realizar mis estudios de maestría así como el apoyo económico para la culminación del proyecto terminal, con número de referencia (CVU/Becario) 709111/588025.

Tabla de contenido

Resumen	1
Introducción	4
Capítulo 1	6
Antecedentes Históricos	6
La Evolución del Pensamiento	16
Concepto de Calidad	17
Capítulo 2	28
Enfoque Científico	28
Enfoque Económico	30
Enfoque Mercadológico	32
Mercadotecnia en Salud Aplicado a la Calidad	35
Mercadotecnia en las instituciones de salud	40
El uso de la Mercadotecnia en Salud	41
Direccionalidad	41
El cambio en Práctica o Ejercicio Profesional	43
Nuevos Desafíos	46
Capítulo 3	48
Políticas en Salud	48
Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica	50
Misión del Programa	53
Tipos de Unidades Médicas	55
Centro Operativo para la Atención a Contingencias (COPAC)	56
Programa de Fortalecimiento a la Atención en el estado de Hidalgo	56
Capítulo 4	58
Planteamiento del problema	58
Pregunta de investigación	59
Material y Método	59
Capítulo 5	66
Investigación Cuantitativa	66

Resultados Cuantitativos	69
Capítulo 6	82
Investigación Cualitativa	82
Resultados Cualitativos	84
Capítulo 7	89
Discusión	89
Conclusiones	95
Recomendaciones	98
Limitaciones	100
Aspectos Éticos y Bioseguridad	101
Bibliografía	102
Anexos	115

Contenido de Tablas

<i>Tabla 1. Definición de Variables</i>	63
<i>Tabla 2. Medicamentos Recetados</i>	75
<i>Tabla 3. Determinación de Pruebas Paramétricas</i>	79
<i>Tabla 4. Estadísticas de muestras emparejadas</i>	80
<i>Tabla 5. Prueba de Muestras Emparejadas</i>	81
<i>Tabla 6. Códigos y Documentos Primarios</i>	84
<i>Tabla 7. Coocurrencia de Códigos</i>	85

Contenido de Figuras

<i>Figura 1. Ecuación No Clúster</i> _____	62
<i>Figura 2. Distribución por Sexo. Fuente: Encuesta SiCalidad 2016</i> _____	69
<i>Figura 3. Distribución por Grupos de Edad</i> _____	70
<i>Figura 4. Trato Digno por Area de Atención</i> _____	71
<i>Figura 5. Conocimiento y Acceso al Expediente Medico</i> _____	72
<i>Figura 6. Información Proporcionada por el Medico</i> _____	73
<i>Figura 7. Tiempo Espera</i> _____	74
<i>Figura 8. Satisfacción Según la Entrega de Insumos</i> _____	76
<i>Figura 9. Confort de las Instalaciones de la Atención Médica</i> _____	77
<i>Figura 10. Atención Médica y Confianza con la Unidad Médica</i> _____	78

Contenido de Ilustraciones

<i>Ilustración 1. Capacitacion</i> _____	68
<i>Ilustración 2. Red familia de códigos y códigos por fundamentación y densidad</i> _____	86
<i>Ilustración 3.Red de documentos primarios y códigos por fundamentación y densidad</i> _____	87
<i>Ilustración 4.Red de códigos y citas por fundamentación y densidad</i> _____	88

Resumen

Introducción. La Calidad es definida como una *filosofía entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dimensión de resultado de la atención*, de acuerdo con las necesidades del paciente más allá de los que la espera, es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. **Objetivo.** Evaluar la satisfacción de la atención en salud que reciben los usuarios del Programa de Fortalecimiento de Atención Primaria en Hidalgo a través de la aplicación de un instrumento cualitativo y cuantitativo para identificar los factores relacionados con la satisfacción de los usuarios. **Metodología.** Se realizó un estudio de enfoque mixto, descriptivo transversal, mediante la encuesta SiCalidad para áreas rurales en 340 personas y el enfoque cualitativo etnometodológico mediante la aplicación de 10 entrevistas a profundidad en informantes clave. El análisis se efectuó en SPSS-23 y ATLAS.ti respectivamente. **Resultado.** El discurso señala que los usuarios recibieron atención de calidad, con trato digno el 32.9%, 29% conocía su expediente y el 100% corresponden a seguro popular. El 35.9% muy satisfecho y 31% satisfechos respecto al tiempo de espera, resultados similares en cuanto recepción de medicamentos y la confianza en su médico. **Conclusiones.** La satisfacción percibida por el usuario de las unidades está asociada a dimensiones interpersonales, de la cuales el trato digno es la que mayor impacto tiene en los usuarios, la calidad de las unidades se visualizó en forma general como buena, la edad no influye en la apreciación de mala calidad de la atención y humanización de la asistencia es significativa para todos los actores entrevistados.

Palabras clave: Calidad de la atención, Programa de fortalecimiento a la atención primaria, percepción.

Summary

Introduction. Quality is defined as a philosophy understood as a systemic process, permanent and continuous improvement, with high value added, that exceed the needs and expectations of the client and the community in the coverage, strategy, and impact of health services where the satisfaction of the user is the main element in the outcome dimension of care, according to the needs of the patient beyond the expectations, is to satisfy the client's needs in a conscious way in all aspects. **Objective.** To evaluate the satisfaction of health care received by users of the Primary Health Care Strengthening Program in Hidalgo through the application of a qualitative and quantitative instrument to identify factors related to the satisfaction of users. **Methodology.** A cross - sectional, mixed - study was carried out using the SiCalidad survey for rural areas in 340 people and the ethnomethodological qualitative approach through the application of 10 in - depth interviews with key informants. The analysis was performed in SPSS-23 and ATLAS.ti respectively. **Result.** The speech notes that the users received quality care, with 32.9% dignified treatment, 29% knew their file and 100% corresponded to popular insurance. 35.9% very satisfied and 31% satisfied regarding waiting time, similar results in terms of receiving medication and trust in their doctor. **Conclusions.** The satisfaction perceived by the users of the units is associated with interpersonal dimensions, of which the dignified treatment is the one that has the greatest impact on the users, the quality of the units was generally visualized as good, age does not influence the appreciation of poor quality of care and humanization of care is significant for all actors interviewed

Key words: Quality of care, Program for strengthening primary care, perception.

Introducción

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta tanto para los gerentes como para los profesionales de salud los cuales diseñan programas y estrategias que están procurando ofrecer mejor atención a más personas. Las estrategias que se han planteado buscan unificar los esfuerzos de las principales instituciones del sistema de salud, con el objeto de desarrollar criterios uniformes.

Este esfuerzo actualmente se lleva en un programa diseñado para la mejora de la calidad de la atención médica que recibe la población en el país. La evaluación de la calidad de los cuidados de la salud se ha vuelto una preocupación mayor para los proveedores de servicios de salud en las recientes décadas. Uno de los objetivos en los que está basada la calidad de los servicios de salud es el otorgar trato digno y atención médica efectiva, ética, y segura como elementos que definen la calidad.

La inclinación natural, es entonces, asumir las variaciones que impliquen las clasificaciones jerárquicas, que las medidas reflejan la calidad y que las variaciones en las medidas reflejan las variaciones en la calidad.

Los conceptos de calidad y satisfacción se encuentran en el centro del debate de las investigaciones de los servicios de salud. La faceta más interesante que afrontan hoy los investigadores es la interacción entre la calidad, la satisfacción y el valor.

Este trabajo se enmarca en dicha línea y analiza las relaciones causales de la calidad esencialmente del programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria con la satisfacción de los pacientes observando desde un enfoque cualitativo y cuantitativo.

De tal modo que este trabajo utiliza la teoría propuesta por Avedis Donabedian, cuyas variables conceptuales son estructura, proceso en el cual se incluyen variables relacionadas con el trato digno, esto es relaciones interpersonales; y tercer elemento la dimensión denominada resultado, en donde la variable satisfacción del usuario resulta particularmente importante, ya que se traduce como el resumen o conclusión total de las acciones que integraron el proceso de atención; si bien es cierto que pueda existir satisfacción en cada una de las diferentes etapas del proceso que se le otorgó al usuario en este proyecto, la satisfacción constituye uno de los indicadores que permiten desde la adhesividad al tratamiento otorgado hasta la continuidad en el uso de los servicios que otorga la institución, denominándose a este último como la confianza al servicio

Este trabajo analizará los factores que se encuentran influyendo en la satisfacción que el paciente y/o usuario de los servicios de salud y cómo ésta se relaciona con la calidad de la atención, con el propósito de identificar aquellos susceptibles de ser modificados que repercuten en la calidad de los servicios otorgados.

Capítulo 1

Antecedentes Históricos

Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el Código de Hammurabi, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos del 215 al 223 tratan de los honorarios y las penalizaciones profesionales del médico. Se sabe que, en China la Medicina era enseñada en centros especiales, y los estudios cobraban validez mediante exámenes ante T'ai-yi-chu o “*Gran Servicio Médico*”, compuesto por más de 300 funcionarios. Tanto en Grecia como en Roma, el ejercicio de la medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, sino sólo la bienvenida del público (Laín, 1976).

El Juramento Hipocrático señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo.

Con la llegada de la Edad Media, en la Medicina Árabe la institución educativa por excelencia fue la madrasa, instalada dentro de la mezquita o junto a ella, y en relación con los hospitales, o bimaristan. En el año 931, el califa *AlMuqtadir* estableció la obligación de obtener, previo examen, un título (ichaza) para la práctica legal de la profesión, la cual se hallaba regida estatalmente por el “supervisor de mercados y costumbres” o muhtasib. Además del examen general, los había para varias especialidades, como la oftalmología. En orden descendente, los títulos sociales de los médicos eran el de hakim, el de tabib, el de simple práctico, mutabbib o mutatabib y el de mero practicante o mudawi. Los charlatanes médicos abundaron en los campos del islam. La distinción en cuanto a clase social del paciente (ricos y pobres), fue notoria en el islam. Los ricos y poderosos tenían médicos propios y podían utilizar, por costosos que fueran,

todos los recursos de la dietética y la terapéutica entonces vigentes. Los pobres eran atendidos en el hospital público (Fernández, 1976).

El hospital permitía a los pobres beneficiarse del saber de algunos grandes médicos, y solía tener una intensa actividad docente. En él se realizaban también los exámenes para la obtención de títulos profesionales. Hacia el siglo XII de nuestra era apareció la figura de Moseh ben Maimon, médico de fama universal, que vivió sus años de formación en Córdoba, España, y falleció en Fustat en (1204). En su texto *El régimen de salud*, refiere que: “son muchas las cosas en que se equivocan los médicos no actúan como debe ser y cometen grandes errores con el pueblo, pese a todo ¡no muere el enfermo y se salva!”.

En su tratado, Maimónides cita a dos grandes médicos del islam medieval: Rhazes y Avenzoar, el primero decía que “los necios consideran a la Medicina un arte estudiado, cuyo objetivo se alcanza en su práctica, ¡cuánto más difícil será su materia para el buen médico!” (Puesto que el buen médico se esfuerza por descubrir e investigar las bases de la Medicina). Maimónides agrega: “este tema que explica Rhazes en esa obra, aparece frecuentemente en las obras de Galeno, que menciona que mientras los pícaros consideran fácil este arte, Hipócrates pondera su dificultad”. Respecto a Avenzoar, menciona que este último dijo: “No aplicaré nunca una medicina purgativa sin meditarlo durante los días antes y después de hacerlo”.

La legislación valenciana de (1329) significó, al menos teóricamente, la sanción social definitiva del título universitario, pues los nuevos Furs (censores) exigían como condición necesaria para poder pasar el filtro de los examinadores municipales, la posesión de un título universitario. No se eximía del examen (que era teórico y práctico) a nadie por el hecho de poseer el título universitario o haber sido declarado apto en otro lugar de la Corona de Aragón.

El requisito del paso por una escuela de medicina no se exigió en el resto de la corona hasta 1359, sin plantearse de modo explícito en Barcelona sino en 1401, cuando Martín I creó un *Estudio de la Medicina* en la ciudad condal; imposición real que fue protestada por el municipio y la propia organización colegial médica barcelonesa. Cuando los Furs de 1329 intentaron reglamentar algunos de los aspectos de la relación médico-paciente, centraron su atención en los enfermos graves, y en la obligación que los médicos y los cirujanos tenían de llamar previamente al confesor, o bien, advertir al paciente de la necesidad que tenía de confesarse.

Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa y en los Estados Unidos de América se inició la fundación de sociedades médicas, así como la realización de congresos científicos y publicación de periódicos y revistas, con el fin de mejorar la atención a la salud. México no se quedó a la zaga, teniendo desde fines del siglo XVIII materiales científicos como el *Mercurio Volante o la Gaceta de México*, dos pioneros en América.

Hacia 1893, en México se fundó la primera sociedad médica especializada, la *Sociedad Mexicana de Oftalmología*, y en 1898 apareció su revista. En el mundo capitalista, desde 1918 el *American College of Surgeons* contaba ya con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención (Donabedian, 1990).

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad se identificaron en el Hospital de la Raza del IMSS en 1956, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que estaban atendiendo a sus pacientes, a través de la revisión de los expedientes clínicos. Sus esfuerzos fueron recogidos por las autoridades normativas del IMSS y en 1960 editaron, publicaron y difundieron el documento *Auditoría Médica*, que fue retomado por otras instituciones del sector salud, con propósitos similares (Vela, 2008).

Pasaron doce años para que se diera un cambio en esta metodología, cuando la Subdirección General Médica del IMSS, bajo la conducción de los doctores González Montesinos, Pérez Álvarez y su equipo de trabajo editaron, publicaron y difundieron las Instrucciones: *Evaluación Médica* y un año después, las Instrucciones: *El Expediente Clínico en la Atención Médica*. A través de ellas dieron a la evaluación del expediente clínico, un carácter más médico, efectuado por pares; y menos administrativo, como instrumento para conocer la calidad de la atención (H Aguirre, 1991).

Con el respaldo de estas normas, los doctores González Montesinos, Lee Ramos, Pérez Álvarez, Santisteban Prieto, Remolina Barenque, Maqueo Ojeda, De la Riva Cajigal, la enfermera Hernández Brito y otros colaboradores, desarrollaron una intensa labor de investigación y publicación de trabajos sobre calidad de la atención médica, que incluyeron: “*Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia*”; “*Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México*”; “*Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del IMSS*” y “*Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica*” (H Aguirre, 1991).

En 1984 el sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas, orientado a la evaluación y autoevaluación integral de las unidades médicas, lo que incluye: instalaciones, recursos físicos, personal, suministro de insumos, organización, proceso, los resultados de la atención y la satisfacción de los pacientes, con un enfoque hacia la mejora continua y énfasis en su aplicación como herramienta de autoevaluación, integración y actualización del diagnóstico situacional de la unidad médica.

El avance siguiente ocurrió hasta 1990 *En las Jornadas*, Ruiz de Chávez, Martínez Narváez, Calvo Ríos, Aguirre Gas y colaboradores, en representación del Grupo Básico

Calidad de la Atención en el Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Hidalgo, 2016-2017

Interinstitucional de Evaluación, expusieron el trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, mismo que fue publicado en la revista Salud Pública de México (Hector Aguirre, 1990).

En los años siguientes, como resultado de la aplicación del Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas, Aguirre Gas publicó tres trabajos con los resultados de la aplicación de la evaluación de Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención: “Problemas que Afectan la Calidad de la Atención en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución”, “Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel” y “Proyecto UMAE*. Desarrollo y avances 2004-2006”; haciendo evidente la utilidad de esta herramienta para la integración y actualización del diagnóstico situacional de las unidades de atención médica, así como para la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica (Reyes-morales et al., 2013).

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos (CONAMED, 2016).

El enfoque dado por la CONAMED a la calidad de la atención, mediante el análisis de los problemas por mala calidad, fue reforzado ampliamente por la publicación que hiciera el Instituto de Salud de los Estados Unidos de América, del ya clásico *To err is human. Building a safer health system*, donde se señala que en ese país ocurren de 44,000 a 88,000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles (Campos, Carrillo y Zavala, 2008).

Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente al desarrollo de medios alternativos para la solución de diferendos entre médicos y pacientes, en su misión incluye como objetivo fundamental, el de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, por medio del análisis de las quejas por mala calidad y la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios.

El interés de la Calidad de la Atención en México y en muchos países se ha manifestado de diversas maneras; así lo menciona el Dr. Ruelas en sus múltiples publicaciones tales como “Calidad, Productividad y Costos”, “Nuevos horizontes de la Calidad de Atención a la Salud”; donde refiere la organización en el área académica como en la prestación de los servicios con el objetivo de difundir métodos para mejorar y evaluar los diferentes niveles de la calidad. En México se han desarrollado trabajos que evalúan la calidad de la atención en función de la satisfacción que el cliente interno (Prestador de los servicios de Salud: Médico, Paramédicos, etc.), tiene relación a su papel laboral de tal manera que la calidad de las funciones que desempeña el personal de salud y su productividad tienen que ver con los modelos de atención a la salud y a su apego a normas y estándares de atención (Alcántara et al., 2012).

Por otro lado, *Sandoval y Cols.*, efectuaron en instituciones de la Seguridad Social un análisis de la satisfacción del usuario relacionada con variables de tipo organizacional que tienen que ver con la disponibilidad en insumos, con el número y perfil de los prestadores de servicios, así como factores relacionados con la accesibilidad de tipo administrativa (Ovretveit y Gustafson, 2002).

En el país se han realizado estudios de la satisfacción en Unidades de Primer Nivel que significan el primer contacto que el usuario tiene con los servicios de salud por lo que los datos del estudio de *Morales - García* permite demostrar la necesidad de realizar intervenciones tan

sencillas como el manejo de mejores relaciones interpersonales, esto es entre el médico, el personal paramédico y el paciente (Reyes et al., 2013).

El nivel federal diseño una estrategia nacional denominada Cruzada Nacional por la Calidad, en la que el sector salud vislumbra un cambio histórico, constituyéndose un eje de transformación en el cual la calidad mantiene como primordial eje a la satisfacción del usuario (Pezoa, 2013).

Otro punto que debemos marcar es la estructura del sistema de salud mexicano ya que es integrado por 3 niveles de atención. Primer Nivel de Atención, lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SS) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos. En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como los cánceres de mama y cervicouterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión. El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite, a quien así lo requiera, al segundo o tercer nivel de atención. En este nivel se incluyen las unidades médicas móviles que se extiende dentro de las áreas de influencia que tienen un difícil acceso o que se encuentran muy retiradas de las unidades médicas (Valenzuela y Pezoa, 2015).

Segundo Nivel de Atención. Corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales, Comunitarios; también a los Hospitales Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, así como los Hospitales Federales de Referencia que se localizan en la Ciudad de México y que operan como concentradores para todo el territorio nacional. En el segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de

procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etcétera, de acuerdo con la necesidad de los pacientes. Cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ello se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico.

Tercer Nivel de Atención es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología, aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país.

Por lo que en el primer nivel se desarrolla una rama para atender a la comunidad más distante de nuestro país e inicia el programa de Caravanas de la Salud con el propósito de atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de difícil acceso y que por lo tanto no tienen capacidad de acceder a la red de servicios de salud debido a esta ubicación geográfica.

Durante casi cuatro décadas, la Secretaría de Salud ha desarrollado diversas estrategias y programas para extender la cobertura de servicios esenciales de salud mediante equipos itinerantes. En 1976, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia desarrolló el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), destinado a proporcionar atención en materia de salud a las comunidades del

área rural de difícil acceso. Dos años después, hacia 1978, surge a nivel nacional el Programa Comunitario Rural (PCR) que, al igual que el Programa de Extensión de Cobertura, estaba orientado a la atención de poblaciones que habitaban localidades de difícil acceso, con menos de 2,500 habitantes, con carencia de recursos y distantes de los centros de salud. Dicho programa tenía como responsabilidad las acciones de planificación familiar, control del embarazo y atención al niño hasta los cinco años; estas actividades eran llevadas a cabo por el personaje comunitario conocido como Auxiliar de Comunidad.

En 1981 se fusionan desarrollándose el Programa de Salud Rural (PSR). En 1985 el Programa de Salud Rural pasó a ser la Estrategia de Extensión de Cobertura (PEC), asumiendo el compromiso de otorgar servicios de salud a todas aquellas personas que habitaban en comunidades rurales de difícil acceso, con un rango de 500 a 2500 habitantes. De 1991 a 1995 operó el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA) en cinco entidades federativas (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Distrito Federal) y sirvió como antecedente inmediato sobre el que se construyeron bases para el desarrollo del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que inició en 1996 como un esfuerzo federal con la finalidad de ampliar la cobertura y atender a la población con nulo o limitado acceso a los servicios básicos de salud y para hacer frente a los retos en materia de salud pública, en particular de la población más desprotegida de 18 entidades federativas del país.

En 1997 inició operaciones el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), el programa Progresá atendía exclusivamente a personas en pobreza extrema que vivieran en zonas rurales. El padrón de beneficiarios para el año 2000 fue de más de 2 millones de familias beneficiarias. El Componente de Salud del Progresá amplió la cobertura de atención a través de unidades móviles con médico, enfermera y promotor de salud. Durante la administración federal

2000-2006, el programa recibió el nombre de Programa Desarrollo Humano Oportunidades (hoy Prospera, programa de inclusión social) y pasó de ser exclusivamente rural a atender zonas urbanas y semi-urbanas y el volumen de población atendida actual es de 6.1 millones de familias. La Secretaría de Salud puso en marcha desde el año 2007 el Programa Caravanas de la Salud (hoy Unidades Médicas Móviles), con el propósito de atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas orográficas de difícil acceso y que por lo tanto no tienen capacidad de acceder a la red de servicios de salud debido a esta ubicación geográfica.

El programa contribuye en la ejecución de acciones transversales del Gobierno Federal que buscan incidir en los factores multidimensionales de la pobreza y determinantes sociales de la salud a través del otorgamiento de acciones de prevención y promoción de la salud en las localidades correspondientes a su población objetivo, centra sus actividades en las personas sin acceso a la atención médica en municipios con bajo índice de desarrollo humano, localidades de alta y muy alta marginación, así como localidades con dispersión poblacional y geográfica en las cuales resulta muy complejo el establecimiento en el corto plazo de unidades médicas fijas; asimismo, y de acuerdo con el Decreto por el que se establece la Cruzada contra el Hambre, el programa orienta su crecimiento a los municipios ahí priorizados (Secretaría de Salud, 2016).

Por lo que tiene como objetivo ampliar la oferta de servicios de salud a la población que habita en localidades con menor índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica, sin acceso o dificultades para obtener atención médica, mediante equipos itinerantes de salud y unidades médicas móviles que ofrecen atención médica y odontológica así como servicios de prevención y promoción del cuidado de la salud, basados en criterios de calidad, anticipación, integralidad, inclusión y resolutiva.

La Evolución del Pensamiento

Si bien la calidad está referida a la índole de la atención médica, ésta se desenvuelve en un medio social donde funcionan normas éticas, principios morales que regulan la actividad. Por lo tanto, los cambios de valores que la sociedad acepte o apruebe influyen en los atributos cualitativos que debe tener el cuidado médico. De ahí la importancia que tiene el reconocimiento de las tendencias que se observan en el contexto societario, por ejemplo, se puede detectar que se ha producido una transformación acerca de las responsabilidades profesionales y la forma de llevarlas a la práctica. Este cambio está sustentado en nuevos encuadres filosóficos expresados con toda claridad por Karl Popper, uno de los filósofos más importante de nuestro siglo, decía en una conferencia sobre "Tolerancia y responsabilidad intelectual" dictada en (1982) en la Universidad de Viena: "Quisiera presentarles algunas proposiciones para una nueva ética profesional, proposiciones que están estrechamente unidas a la idea de tolerancia y de honradez intelectual. Ambas, la vieja y la nueva ética profesional están basadas en las ideas de verdad, de racionalidad y responsabilidad intelectual. Pero la vieja ética estaba fundada sobre la idea del saber personal y del saber seguro y, por lo tanto, en la idea de autoridad, mientras que la nueva ética está fundada sobre la idea del saber objetivo y del saber inseguro. La vieja ética que describo prohibía cometer errores. Pero es imposible evitar todo error o incluso tan solo todo error evitable" (Popper, 1983).

El resultado de este pensamiento es que los profesionales y la sociedad son más tolerantes y aceptan mejor la posibilidad del error, aunque su ocultamiento o negación sería el mayor pecado intelectual. Esa postura modifica la posición ético-profesional y reforma la ética-práctica, al aceptar la falibilidad del accionar profesional se favorece la sinceridad, la tolerancia, la autocrítica y sobre todo la aceptación de la crítica de los otros. Sin duda el mejor conocimiento de las

equivocaciones beneficia el acercamiento o la aproximación a la verdad, pero desde una perspectiva más real y concreta.

De este pensamiento actual deducimos un objetivo que favorece el mejoramiento de la calidad: la necesidad de comprometerse con la autocrítica y de tolerar la crítica de los otros. Por supuesto que estos errores, principalmente en el campo de la actividad médica, no están referidos a los punibles por leyes y reglamentos sino a los considerados probables por las dimensiones humanas del quehacer.

Concepto de Calidad

La Calidad es definida como una filosofía entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dimensión de resultado de la atención(Donabedian, 1990).

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo con las necesidades del paciente más allá de los que la espera. Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio. La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa. La satisfacción del paciente es consecuencia de una buena calidad(H. Aguirre, 1991).

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. Está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si sus expectativas son bajas o si tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes(Aguirre, Zavala, Hernández y Fajardo, 2010).

En cuanto a los temas relacionados con la calidad de la atención de la salud, nos llama la atención todo aquello que, el Dr. Avedis Donabedian, supo conceptualizar acertadamente sobre este tema. Es conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad.

Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar su determinación conceptual y la validez de sus postulados, al referir que... “cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”.

Esta es una definición que, aunque consideramos bastante extensa, es muy completa, porque nos permite realizar un análisis ulterior de su contenido. La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia: el primero que calidad “es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio”.

Por lo que define que “Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define (Donabedian, 1990).

- **Calidad absoluta:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
- **Calidad individualizada:** Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.
- **Calidad social:** Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia. Distribución del beneficio a toda la población.)

El concepto ha tenido diferentes modificaciones durante el tiempo, pero siempre continuando con la esencia de Avedis Donabedian, la diferencia la han marcado diferentes autores

Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”. Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste (Suño & Net, 1991).

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (Gattinara, Lbacache, Puente, Giaconi, & Caprara, 1995).

A principios de los noventa el Instituto de Medicina de EEUU (IOM) lanzó una segunda definición de calidad: "el grado en que los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementa la probabilidad de los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (Girón, Beviá, Medina, & Talero, 2002).

El modelo de sistema sanitario en España es el Sistema Nacional de Salud, en este contexto la definición más adaptada y utilizada es la de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario" (M. de Salud, 2010).

Aguirre Gas menciona que no hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando "todas las características, funciones o comportamientos". El segundo concepto que deseamos destacar, (por qué lo consideramos de suma importancia), es que "se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores" (Aguirre, Zavala, Hernández, & Fajardo, 2010).

Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como

a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”.

El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadosamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado (Sanchez, 2005).

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico.

En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos, tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que, por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas simplemente es diferente (Salazar, 2016).

La calidad de la atención incluye generalmente dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. La calidad se ha definido en el área de los servicios personales, donde es posible apreciar la relación entre su producción y la satisfacción de necesidades, sea esto en el ámbito individual como en el social; y se ha hecho énfasis en el señalamiento de que se trata de un atributo que puede ser poseído en diferentes grados de acuerdo

a normas establecidas, por lo que es susceptible de someterse al proceso administrativo al tratarse de algo objetivo y por lo tanto medible (Zavala & Campos, 2012).

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles esperados de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. La dimensión interpersonal es lo que se ha dado en llamar la calidez de la atención, es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su plena satisfacción.

Como puede verse, una mejor calidad de los servicios significa mayor salud y bienestar para los individuos y las poblaciones. En el área de la salud la calidad se ha definido en muchas formas, desde la perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. No obstante, otros definirían la calidad principalmente como el hecho de cubrir los deseos del cliente (Vela, 2008).

La definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las perspectivas de todos estos grupos: La calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición (D'Empaire, 2010).

El otorgar prioridad máxima al usuario es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud. Los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los usuarios como desean ser tratados. El adoptar un enfoque centrado en el usuario suele requerir un cambio de actitud. Aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad, la mayoría de los prestadores de servicios y demás

miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al usuario (Morales, 2016).

Al orientarse hacia el usuario, se reconoce que las inquietudes y preferencias del usuario también son válidas e importantes. La mayoría de los esfuerzos para mejorar la calidad en el campo de la salud se han enfocado en la prestación de servicios y en otros factores relacionados con los suministros. La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios (Allan, 2015).

La orientación hacia el usuario también proporciona una nueva perspectiva con respecto a la administración de programas. También se debe cubrir los deseos y las necesidades de los miembros del personal si ellos han de motivarse y prestar servicios de buena calidad constantemente. Por lo tanto, los proveedores iniciales y sus supervisores pueden considerarse, en terminología administrativa “clientes internos” (Cote, Tena y Madrazo, 2013).

En los servicios de salud centrados en el usuario, el usuario es lo primordial en todo momento de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios. El usuario es el experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades. El personal de salud reúne información sobre los usuarios para crear y ofrecer servicios adecuados. Las preferencias del usuario guían todo aspecto de la prestación de servicios, desde el horario de la clínica hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones. (Cote, Tena, y Madrazo, 2013)

Asimismo, los servicios centrados en el usuario continúan valorando la pericia de los profesionales de la salud. Los prestadores de servicios poseen habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al usuario a tomar decisiones informadas, para garantizar la seguridad del usuario y para mantener la calidad técnica de atención (Valenzuela y Pezoa, 2015).

Calidad es un concepto relativo que se define como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las cosas restantes de su especie.” De igual modo toma el concepto de ser “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (Aguirre et al., 2010).

Donabedian después de treinta años de trabajo, continúa haciendo propuestas no sólo para definir, sino para medir y evaluar la calidad de la atención médica. Una de las últimas propuestas que intenta concluir todo lo ya mencionado, define a la calidad como la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recurso de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes. Consideremos las llamadas dimensiones de la calidad, que son, por decirlo de alguna manera, los tres ámbitos en los que se hace evidente el grado de calidad con que se otorgan los servicios de salud a la población.

La dimensión técnica

Que consiste en que el prestador de servicios de salud debe contar con los conocimientos y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades con el usuario, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, no necesariamente paciente, con un mínimo de riesgos.

La dimensión interpersonal

Interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios. Involucra una actitud de atención e interés por servir por parte de éste, pero además el respeto y la cordialidad mutua que deben enmarcar la relación.

Comodidades

Involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio; incluye las condiciones físicas y de limpieza, iluminación y ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado.

Elementos de la calidad de atención

- Disponibilidad y oferta de insumos
- Capacidad técnica del prestador de servicios
- Relaciones interpersonales
- Mecanismo de seguimiento
- Organización de Servicios

Disponibilidad y oferta de insumos

La calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente.

Información al cliente

Calidad es responder a la necesidad del cliente. El primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo. Es mejor dar una información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud(Avalos García, 2010).

Capacidad técnica del prestador de servicios

La capacidad técnica abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud. También incluye la existencia de normas,

protocolos y asepsia para prestar estos servicios. La falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones y/o complicaciones. Obviamente estos riesgos pueden con llevar al temor y a disminuir la afluencia de la población usuaria(Avalos García, 2010).

Relaciones interpersonales con el usuario

Este elemento se verifica a la dimensión personal del servicio. Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud. Por todas las personas que interactúen con él. En todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar (Agregst, 2007).

Mecanismo de seguimiento al usuario

Se refiere a que los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al servicio de salud (Ramírez Sánchez & Rosales López, 2015).

Constelación y organización de servicios

Este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades preexistentes, existen muchas maneras de mejorar:

- Disminuyendo el tiempo de espera
- Ofreciendo diversidad de servicios de salud
- Haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente durante su visita
- Dándole atención y el tiempo necesario para aclarar sus dudas
- Información del flujograma de atención del servicio de salud

- Ofreciendo precios accesibles.

En las diferentes propuestas la calidad ha sido un problema difícil de conceptualizar y evaluar, y tanto las instituciones como el personal de salud han tenido que afrontarla a escala mundial. Conforme lo anterior, se ratifica que el acto médico no debe separarse del contexto total de atención ya que incluye, además del clínico, el dominio socio-organizativo para romper el paradigma en el cual se considera a la calidad como implícita por el hecho de ser médico o enfermera, o de contar con hospitales o consultorios, o en el que se equipara a la cantidad con la calidad: a mayor calidad de servicios mayor cantidad (Sosa García et al., 2016).

Capítulo 2

Enfoque Científico

Desde hace bastante tiempo se habla y escribe sobre la crisis de la medicina, situación que se relaciona con algunas de las ideas comentadas previamente. Desde el momento en que el saber científico es conjetural e inseguro, las llamadas verdades científicas se vuelven cuestionables y entran en crisis si no se contextualizan dentro de nuevos campos epistemológicos. Einstein mostró que la teoría de la gravitación de Newton, lo mismo que la propia, eran saberes conjeturales y tan sólo una aproximación a la verdad. La medicina, precisamente, es un saber inseguro. Es revisable, porque se basa en conjeturas comprobables ¿Por qué entonces nos preocupa tanto su cuestionamiento? Forma parte de la concepción contemporánea que desacraliza lo científico para acercarse con la mayor humildad posible dentro del campo imperfecto de las relaciones interhumanas.

Pero como decía Foucault (1974) se debe separar la idea de la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos o sea entre conocimiento y eficacia. Esta última es uno de los atributos de la calidad de la atención y la podríamos definir como: "la capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables" (Donabedian, 1993).

Los cuestionamientos de ambos conceptos circulan por carriles diferentes. Uno se refiere a la verdad relativa del conocimiento y el otro a la incertidumbre de la praxis. Hasta no hace mucho tiempo se decía que la medicina podía dañar o hasta matar por ignorancia médica. Pero en este siglo, los avances tecnológicos y sus aplicaciones han modificado esos conceptos de modo tal que el mismo saber se ha vuelto peligroso. Entramos entonces en una nueva dimensión que es la vinculada con el riesgo del saber o con la denominada "iatrogenia positiva". "El no saber ya ha

dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual" (Foucault, 1974).

La corriente de la anti medicina se acrecienta en la década del '70 con las publicaciones de Ivan Ilich (1970) quien hizo públicos los problemas internos de las instituciones de salud y puso en tela de juicio el poder médico. Los señalamientos alertan sobre los riesgos que conllevan los propios beneficios de la medicina. Las intoxicaciones medicamentosas, las cirugías innecesarias, las hospitalizaciones prolongadas, las prácticas riesgosas son resultados de la consciente intervención médica y no errores de diagnósticos o circunstancias accidentales.

Actualmente el progreso tecnológico ha entrado en un campo fascinante, impensado pero arriesgado, lleno de probabilidades y de imprecisiones, utilidad y daño, beneficio y riesgo, son acciones médicas opuestas que siempre están presentes y que deben tomarse en cuenta, y de ser posible cuantificar, es por ello por lo que Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos. Para este autor el grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".

Pero también debemos tener en cuenta que los cuestionamientos descriptos son del conocimiento de consumidores y pacientes. Por ello frente al desencanto de una medicina sabia, científica, y con médicos capaces, eruditos, con autoridad social y técnica, los pacientes se refugian en las medicinas alternativas, folklóricas, homeopáticas.

La solución no es intentar nuevamente la salvación milagrosa, sino aceptar el grado de imprecisión, probabilidad que tiene nuestro quehacer y trabajar con ello. Este esfuerzo es responsabilidad de los propios profesionales que deben apoyar sus decisiones en una mejor lectura de los efectos favorables y desfavorables de su accionar. Por ello otra consigna para tener en cuenta en el marco de la calidad es: Necesidad de realizar continuamente el balance de beneficios y riesgos frente a los problemas que nos plantean los pacientes para obtener los mejores resultados posibles.

Se puede aducir que todo médico toma en cuenta esos dos opuestos y que en su decisión pone en marcha mecanismos de juicio sobre ventajas y desventajas. Pero la advertencia se refiere a una actitud más explícita, con búsqueda de información disponible y participación del propio interesado. Se trata de tender a cuantificar ambos términos en cada caso concreto o precisarlos cuidadosamente de acuerdo con las peculiaridades del paciente y su familia.

Enfoque Económico

En el año 1942 se puso en marcha en Inglaterra el Plan Beveridge, con el cual se plasma el principio que sustenta que el Estado debe hacerse cargo de la salud de sus miembros como consecuencia del derecho que tienen de estar sanos. Es un momento clave porque la salud ingresa en los cálculos de la macroeconomía. La salud, las enfermedades, las necesidades en esa materia de los individuos, grupos o comunidades forman parte de las alternativas de cobertura, acceso, financiación y, por lo tanto, de las políticas reguladoras, distributivas, que son sociales y son materia de disputas políticas en todos los países (Ramírez, Nájera, & Nigenda, 1998).

Por otra parte, la salud también penetra el campo de la macroeconomía como consecuencia del peso que adquiere la producción de bienes para el sector. La industria farmacéutica, la tecnología, la medicina, ocupan los primeros puestos en la producción industrial de los países desarrollados. Y

en los otros, se favorece el consumo tecnológico indiscriminado sin una apropiada valoración de necesidades y prioridades.

Ha contribuido a esa importancia económica el fenómeno de la "médicalización", que se ha producido, tal vez, a pesar de los mismos médicos. Dice Lolas (1992) "confundir medicina con salud ha sido un vicio permanente del análisis y ha llevado a una medicalización que hizo a la profesión médica ejercer, a veces contra su voluntad, de árbitro en la resolución de conflictos sociales. Salud y enfermedad tienen que ver no sólo con la profesión médica, tienen que ver con todas las personas, con los expertos de otras disciplinas, con los políticos, con los gobernantes."

A pesar de esa justificación razonable, en cuanto a compartir responsabilidades, el resultado final es el fenómeno de ampliación de la atención médica. No sólo invade la vida cotidiana, laboral, social, sino que deja de ser una inversión social para convertirse en bien de consumo, competitivo y supuestamente rentable de acuerdo con el eficientísimo que se logre.

La búsqueda de la calidad es un buen horizonte que puede enlazar los viejos principios con las nuevas realidades. En este caso se debería relacionar calidad y gasto para responder a dos preguntas: ¿Cuáles son los diferentes servicios, prestaciones, beneficios, que se pueden brindar con el mismo costo? ¿Y cuáles son los distintos costos posibles para un mismo beneficio?

La resolución del primer planteo es un problema de prioridades y del segundo de eficiencia, ambos referidos al nivel de calidad deseable. Es decir que considerar la economía y la salud obliga a: vincular los gastos en salud con la calidad para evitar comprometer la atención deseable (Gonzalez et al., 2012).

Pero no solamente debemos relacionar gasto y calidad en sentido positivo, sino también en negativo, es decir, reconocer el gasto de la "no calidad", que suele ser un argumento más tolerable

y comprensible para los profesionales. Por ejemplo, los gastos ineficientes de internaciones prolongadas, infecciones hospitalarias, complicaciones injustificadas, prácticas innecesarias.

Enfoque Mercadológico

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian, quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella (Otálora & Orejuela, 2007).

La multidimensionalidad de la calidad del servicio está justificada teóricamente de forma amplia; no obstante, falta consenso respecto a sus dimensiones constitutivas (Gil, 1995). En consecuencia, son múltiples los trabajos teóricos y empíricos en diferentes contextos de servicios que reportan resultados diferentes en la composición del constructo Swan y Combs (1976), Grönroos, (1982 y 1984), Carman (1990 y 2000), Babakus y Boller, (1992), Johnston (1995), Kilbourne, Duffy, Duffy y Giarchi (2004), Chowdary y Prakas (2005) y Lin (2007).

El aporte con que más ha contribuido la literatura de la mercadotecnia en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio y a su medición es el de Parasuraman et al. (1985), que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el

proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Posteriormente, Parasuraman et al. (1988) reagrupan los criterios de forma que sólo quedan cinco dimensiones: elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, etc.), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes)(Duarte, 2014).

La universalidad de estas dimensiones la cuestionan autores como Cronin y Taylor (1992) y Babakus y Mangold (1992), quienes sugieren que mientras para algunos servicios la composición del constructo puede ser compleja y multidimensional, para otros puede ser simple y unidimensional. Carman (1990) y Babakus y Boller (1992) consideran que la cantidad y la naturaleza de las dimensiones de la calidad del servicio tienen relación directa con el contexto analizado, lo cual hace necesario desarrollar metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, que descubran las dimensiones particulares para cada contexto (Carman, 1990; Ekinci, 2001).

Dimensiones de la calidad en el servicio de salud. De acuerdo con la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos dimensiones: la técnica y la funcional (Donabedian, 1980; Grönroos, 1984). La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario.

A pesar de los desarrollos teóricos, subsiste para proveedores e investigadores del tema el desafío de desarrollar y comprender cuáles son las dimensiones clave que forman el constructo, para a partir de allí desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables. Los resultados sobre las dimensiones de la calidad en los servicios de salud varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de institución donde se realiza el estudio.

Coddington y Moore (1987) presentan la empatía, el respeto y el cuidado como factores principales de calidad del servicio en salud desde la perspectiva del cliente. Bopp (1990) manifiesta que la percepción de los pacientes sobre la calidad está mediada en mayor medida por lo que “expresa” el proveedor durante el encuentro de servicios, que por el desempeño técnico o profesional observado en este.

Bowers, Swan y Koehler (1994) señalan la empatía, la confiabilidad, la urgencia en la prestación del servicio, la comunicación y el cuidado como determinantes de la calidad y satisfacción de los pacientes. Jun, Peterson y Zsidisin (1998) argumentan la existencia de once dimensiones de calidad del servicio en el cuidado de la salud: elementos tangibles, confiabilidad, responsabilidad, competencia, cortesía, comunicación, accesibilidad, cuidado del paciente, resultados de los procedimientos, comprensión entre pacientes y médicos y colaboración sinérgica entre los elementos internos y externos del hospital para la prestación del servicio (Zaragoza, 2015).

Investigaciones recientes también arrojan resultados divergentes sobre este aspecto. Dean (1999) identifica como dimensiones importantes en salud la seguridad, la tangibilidad, la empatía, la fiabilidad y la capacidad de respuesta. Wong (2002) propone la capacidad de respuesta, la empatía y la seguridad. Baldwin y Sohal (2003) describen el temor, la ansiedad, la puntualidad y el tiempo de espera como los principales determinantes de la calidad del servicio en salud.

Autores como Palihawadana y Barnes (2004) corroboran las diferencias en los resultados sobre las dimensiones de calidad. Estos autores proponen el precio y la experiencia como las variables de mayor influencia en las percepciones de calidad del servicio en salud. Wisniewski y Wisniewski (2005) describen la tangibilidad, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía como las principales dimensiones de la calidad del servicio, aun cuando la fiabilidad es la de mayor importancia (Duque, 2014).

Como lo demuestran los trabajos anteriores y la literatura general sobre la temática, no existe acuerdo sobre el número y la composición de las dimensiones de la calidad del servicio en el área de la salud; no obstante, la mayoría de los resultados propuestos parten de las dimensiones sugeridas inicialmente por Parasuraman et al. (1988). A pesar de que la generalidad de tales dimensiones se cuestiona, diversos trabajos empíricos en el área de la salud las confirman (Dean, 1999; Wong, 2002). De igual forma, otras investigaciones sugieren modificaciones importantes en su definición y composición (Babakus y Mangold, 1992; Babakus y Boller, 1992; Carman, 1990 y 2000; Kilbourne et al., 2004).

Mercadotecnia en Salud Aplicado a la Calidad

La mercadotecnia en salud o sanitaria (health care marketing) conlleva dos acepciones: por un lado, la de ser una especialidad, dentro del estudio del marketing, dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes; y, por otra parte, la de ser entendida como un proceso de gestión responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los pacientes de forma adecuada y provechosa a través de estrategias organizacionales (Rubio-Cebrián, 1995).

Respecto a la segunda acepción, conviene señalar tres aspectos fundamentales de mucha actualidad que, a manera de transiciones, se han experimentado en el campo de la salud de América

Latina, que nos obligan a reflexionar seriamente en la incorporación de la mercadotecnia como una herramienta eficaz y efectiva para llevar los servicios de salud a sus consumidores. Las tres transiciones, que implican modificaciones sustanciales, son las siguientes (Priego Alvarez, 2015).

1. Redefinición de la salud y, por consiguiente, de sus satisfactores. Es decir, la salud deja de verse, desde el punto de vista biomédico, como la ausencia de enfermedad y ésta, a su vez, como la desviación de la norma, dando paso a su consideración como un bien social que es objeto de consumo, asociado a la calidad y capacidad de vida de la población en determinados contextos socioculturales.
2. Cambio en la relación interpersonal entre los actores del proceso de atención médica, al pasar de una relación tradicional médico-paciente (hegemónica-paternalista) a otra de cliente-profesional (consumerista), que supone un enfoque contractual basado en la corresponsabilidad y el respeto de los derechos humanos del consumidor sanitario.
3. Surgimiento de un nuevo modelo de gestión de los servicios de salud, que desplaza a la administración sanitaria por una nueva gerencia, que considera a las instituciones sanitarias como empresas productoras de servicios que requieren de un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, calidad y equidad, subrayando su utilidad social, sin menoscabo en la racionalización de sus recursos. Este nuevo modelo administrativo también se orienta a la satisfacción del cliente, lo que conlleva a modificaciones estructurales y comportamentales, así como una orientación salutogénica en la prestación de servicios.

La Organización Mundial de la Salud estableció que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Asimismo, señaló que “es un derecho fundamental” y, “que el logro del grado más alto posible de

salud es un objetivo socialmente importantísimo en todo el mundo”. Esta definición, si bien es utópica y carente del componente de ser un fenómeno social e históricamente determinado, en su momento significó un avance al utilizar un modelo teórico-científico concreto, el denominado biopsicosocial, que toma en cuenta al individuo, el contexto donde vive y el sistema social donde ocurren los efectos del binomio salud/enfermedad (Ramírez Sánchez y Rosales López, 2015; World Health Organization, 2016)

Ya el modelo biopsicosocial (Engel, 1977) reconocía que todo el individuo tiene dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, y proponía para la enfermedad explicaciones de casualidad recíproca en lugar de explicaciones reduccionistas de casualidad lineal. La etiología múltiple suele ser la norma y en ella intervienen aspectos interrelacionados de las tres dimensiones, y a la que en la actualidad se suma una nueva esfera: la ecológica o ambiental; ya que no es posible desprender al hombre de su medio ambiente vital. La ecología poblacional humana presupone que el género humano sobrevivirá en este planeta en las mejores condiciones ambientales, de recreación natural, de espacio, de alimentación, de obtención de energía, y establecerá relaciones normales de convivencia consigo mismo y con otras especies (nichos ecológicos). Lo que nos lleva a entender a la salud como un proceso complejo que requiere de la interacción del individuo, visto en todas sus dimensiones, con el medio y de la construcción de ambientes saludables (Priego, 2005).

Definiciones posteriores al modelo biopsicosocial coincidieron en señalar a la salud como el equilibrio armónico del individuo con su entorno, haciendo hincapié en que la salud y la enfermedad no son elementos aislados, sino que forman parte de un mismo proceso que debe ser visto como un continuum, en el que las constantes alteraciones y ajustes en el funcionamiento del ser humano determinan grados variables de salud o enfermedad (p.e., una cefalea leve nos mueve

un grado hacia el extremo negativo, mientras que una buena noticia nos llena de gozo y nos desplaza otro tanto hacia el extremo positivo). La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, en el que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse inflexible, lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Esta concepción requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, psicológicos y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, y se traduce en la capacidad de vivir.

La salud, ya entendida como “el óptimo grado de adaptación del hombre a su ambiente en un determinado contexto cultural e individual” (Soberón et al., 1988), incorpora otros aspectos de la salud previamente planteados, como “aquella manera de vivir si se realiza de forma autónoma, solidaria y gozosa” (X Congreso de Médicos y Biólogos de la Lengua Catalana: Perpignan, 1976), donde se puede entender “autónoma” como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término “solidaria”, mientras “gozosa” recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades. Esta definición también supone conceptos como calidad y capacidad de vida³ en determinados contextos socioculturales.

La incorporación al concepto de salud de elementos como capacidades o grados socialmente definidos para responder o disfrutar ante situaciones vitales específicas implica una relativización del término salud fuera del proceso de consumo forma parte del modo en que una sociedad organiza y procura la satisfacción de las necesidades de sus miembros (Navarro, 1978). Son las sociedades del bienestar donde los cambios en la calidad de vida requieren más

notoriamente de nuevos satisfactores. De acuerdo con Taylor-Gooby (1991), el objetivo de las políticas de bienestar es satisfacer necesidades humanas, si bien no existen acuerdos sobre qué son y cómo se satisfacen dichas necesidades. Las necesidades humanas son históricas, construidas socialmente, pero también universales. La “salud” y la “autonomía” constituyen las necesidades humanas básicas y éstas son las mismas para todo el mundo (Doyal y Gough, 1994).

La salud, en suma, constituye un valor que se presenta como un atributo a la vida y que se asocia a la calidad misma de ésta (Soberón et al., 1988). Por consiguiente, la salud es un bien social que se constituye en un derecho y que, por lo tanto, debe estar al alcance de todos los ciudadanos, lo que es válido tanto en países con servicios únicos de salud (p.e. Cuba) como en aquellos en los que los servicios se encuentran fragmentados (p.e. México). Sin embargo, tal concepción del sistema sanitario se ha visto afectada, desde décadas anteriores, por altos costos, lo que ha obligado a la racionalización en las prestaciones y a una reforma sustancial en los esquemas de la seguridad social.

Ante la imposibilidad del Estado de garantizar a todos los ciudadanos la prestación sanitaria a la salud, ésta ha dejado de ser un bien público, dando paso a su comercialización; por lo que recientemente se han introducido términos mercadotécnicos que ofrecen una nueva visión del proceso de atención a la salud, empleándose vocablos tales como consumo y consumidor de salud.

La actual tendencia a considerar la salud como objeto de consumo entre los servicios públicos conlleva a un replanteamiento de las actitudes de los asegurados de la seguridad social y de los ciudadanos que, por derecho, acceden a estos servicios. Se está generando una nueva conciencia contractual y un protagonismo activo de los usuarios (empoderamiento de los usuarios y un movimiento consumerista), donde la transparencia en la relación médico-paciente y el derecho a estar informados juegan un papel fundamental. Sobre estos aspectos, es imprescindible

la ruptura del control médico, hasta ahora imperante por la asimetría en la información y por la hegemonía médica. Esto permitirá una posición concienzuda en los usuarios de los servicios sanitarios y, por consiguiente, una mayor capacidad de decisión sobre las cuestiones médicas que les atañen.

La actitud consumerista en salud se contrapone a la pasividad y el acatamiento irrestricto del consumismo sanitario, donde el papel tradicional del paciente ha consistido en obedecer y cumplir (Parsons, 1951; Bloom y Wilson, 1979). Es decir, la pasividad del enfermo y su total sometimiento a las órdenes médicas. Al adquirir el consumidor sanitario un protagonismo activo (Priego-Álvarez, 1995), se rompe con la clásica relación interpersonal médico-paciente, dando paso a la relación cliente-profesional, que no permite la apariencia altruista de los servicios médicos, sino que, por el contrario, fomenta la corresponsabilidad al reconocer la madurez y autonomía del enfermo.

Mercadotecnia en las instituciones de salud

La gestión de los servicios de salud públicos se ha modificado, al transitar de un modelo de administración sanitaria basada en la planificación programática de las acciones, cuyo objetivo es la resolución de la demanda, a una nueva gerencia en la que la institución es considerada una empresa productora de servicios de salud, que requiere un manejo empresarial para lograr sus objetivos y una orientación clientelar, es decir, que procure la satisfacción del cliente tanto externo (usuario) como interno (profesionales y personal sanitario) (Mica Sak taioui, 1993).

La orientación clientelar debe entenderse como un trato más personalizado y más sensible por parte de la organización; es decir, un servicio más atento a las expectativas, deseos y necesidades de los clientes, con el objeto de satisfacerlos. De cierta forma, se requiere un proceso de comunicación permanente entre proveedores y usuarios (marketing interactivo) y un manejo

empresarial en el que los estudios de mercado son fundamentales para lograr tal propósito. El diseño y prestación de los productos/servicios de salud deben contemplar los requerimientos de los usuarios para satisfacerlos con calidad y efectividad bajo un enfoque salutogénico (Joan, 2000).

El uso de la Mercadotecnia en Salud

Las organizaciones que emplean la mercadotecnia no sólo son las empresas comerciales de salud. Las técnicas mercadológicas son utilizadas con éxito en acciones sociales por los gobiernos, las instituciones de salud públicas y los organismos no gubernamentales (ONGs).

Toda aquella organización que exista en la sociedad y que no tenga dependencia orgánica con un gobierno es una ONG; en general, le mueve una motivación no lucrativa y tiene asociada una idea de gratuidad, por lo que también suele llamársele organización no lucrativa.

Actualmente, se les conoce como entidades sin ánimo de lucro (ESAL),¹⁷ cuyo papel en la sociedad, según Mazuela Llanos (2001), es “representar (a sí mismo o a otros colectivos), movilizar a los ciudadanos y a todo tipo de organizaciones e instituciones, influir en los procesos de construcción-cambio-mejora social, cuestionar la realidad existente y construir una nueva realidad”.

Dos son las dimensiones de la mercadotecnia en salud: la social y la comercial. La primera procura mejorar la calidad de vida con un enfoque ético y colectivo. En la segunda, media un interés netamente económico

Direccionalidad

Se refiere a los conceptos sobre calidad de la atención médica que orientarán la tarea y le darán direccionalidad. No nos estamos refiriendo a definiciones académicas, que es posible

encontrar profusamente en la bibliografía sobre el tema (SADAM, 1993), sino al núcleo central o intencionalidad en el campo de salud.

Actualmente es posible seguir tres orientaciones:

- La calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos.
- La calidad centrada en las expectativas del paciente/cliente.
- La calidad como herramienta gerencial.

En cada caso los que definen la calidad son distintos: en el primero son los profesionales de mayor prestigio, en el segundo los usuarios de los servicios y en el tercero los que conducen y administran los servicios y sistemas de salud.

Cada uno de esos enfoques requiere de técnicas y procedimientos diferentes y, por lo tanto, la organización de diferentes modelos de monitoreo de la calidad. Esto no significa que sean excluyentes (pues es posible combinarlos o integrarlos), sino que es necesario reconocer la intencionalidad de cada actividad para una mayor claridad de objetivos y procedimientos.

El sujeto de acción corresponde a la determinación del nivel o sujeto concreto de auditoría. Es posible abordar la calidad en los niveles (Rivera Buendía et al., 2015):

- Macro: de las políticas de salud.
- Meso: de los sistemas y subsistemas de salud.
- Micro: de los efectores directos de salud.

Nivel Macro

Es el más general y abarcativo por cuanto se trata de valorar la índole de la orientación política de un país en materia de salud. Estaría dedicado a conocer la razonabilidad y eficacia, tanto de las normas y leyes, como de las decisiones en materia de atención médica.

Supone apreciar los valores o principios subyacentes en la organización, la participación y responsabilidad del estado, la eficiencia de los sistemas financiadores y la valoración de políticas específicas en materia de medicamentos, tecnología, capacidad instalada, etc.

Nivel Meso

En este nivel la calidad se refiere a la apreciación en los sistemas intermedios (subsector público, de obras sociales, privado). En este caso la calidad se relaciona con varias dimensiones individualizadas por estudiosos del tema (CEADEL, 1992) como:

Nivel Micro

En cuanto al nivel micro, enfoca la calidad en los establecimientos sanitarios desde un consultorio, un servicio, un equipo, hasta un hospital de alta complejidad.

En cada uno de los niveles señalados se debe usar un abanico de técnicas e instrumentos diferentes y complementarios. Se pueden agrupar en los tres clásicos enfoques de Donabedian quien ha tenido el mérito de ofrecer un marco teórico que se puede de aplicar siempre.

El cambio en Práctica o Ejercicio Profesional

Todos los que tienen responsabilidades en el sector: administradores, planificadores, profesionales en ejercicio asistencial, se sienten hoy afectados por los cambios que se están produciendo, tanto en los conocimientos como en la práctica o acción directa con las personas. Si

intentáramos resumir las preocupaciones de los distintos grupos se podría señalar que los técnicos de salud pública detectan (Sosa García et al., 2016):

- La fragmentación de la organización de los sistemas de salud. En este siglo como Argentina ha pasado de la bisectorialidad (estatal, privado) a la trisectorialidad (con la incorporación de obras sociales). Actualmente se ha expandido hacia la multisectorialidad con diferentes tipologías de prestadores, financiadores e intermediarios (sistemas prepagos asociados a obras sociales, fundaciones privadas con aportes estatales, intermediarias con efectores de distintas jurisdicciones). Estas y otras posibles interrelaciones determinan un panorama cada vez más complejo, desordenado, que ha pasado a ser múltiple con poder disperso. No existe una cabeza visible con autoridad propia, delegada o reconocida.
- El desdibujamiento de valores como la equidad, la solidaridad, la transformación de la cobertura y la calidad en temas de mercado son algunos de los principios que orientan la organización actual.
- La falta de liderazgo de salud pública. Antes los hospitales públicos, las universidades, los ministerios de salud marcaban el rumbo, con autoridad reconocida. Actualmente cada entidad sanitaria funciona casi autónoma, con limitados mecanismos de control, siendo las decisiones del sector consecuencia de las tomadas en otras áreas (por ejemplo, economía). No hay protagonismo de salud pública.
- Las controversias entre lo estatal y lo privado por la falta de roles directrices, es otra de las características de la época.

Si se trata de analizar las preocupaciones de los profesionales asistenciales se puede observar:

- Las contradicciones entre los factores que restringen y los que amplían el ejercicio profesional (principalmente para los generalistas y clínicos). Por ejemplo, en la década del 70 el pediatra extendió su campo de actividad habitual: en lo preventivo, psicológico, familiar, en edades, pero también su accionar se restringió por la invasión de especialidades, de ofertas alternativas, de efectores de atención. (Baranchuk, 1993)
- La ruptura de la privacidad en la relación médico-paciente por la intervención de otros profesionales, organismos de control, financiadores de la atención. El trabajo médico actual es multipersonal y con liderazgo cambiante frente a los pacientes.
- La figura del médico de familia, protagonista una postura principista para lograr la integración de la atención, fracasó como proyecto de los salubristas y es revivido por parte de organismos financiadores para bajar los costos de atención.
- El aumento de la vulnerabilidad en la práctica asistencial. Una profesión tradicionalmente resguardada entre pares se ha vuelto más pública y cuestionada por los pacientes, la comunidad y las otras disciplinas.
- Las competencias profesionales y económicas. El número excesivo de médicos atenta contra el equilibrio de la oferta-demanda y favorece el crecimiento de especialidades, situación que facilita las disputas por pacientes y presupuestos. Pero no solamente aumenta la competencia interna, sino que el mentado modelo médico hegemónico es invadido desde afuera por terapeutas, teólogos, filósofos y otros profesionales de las ciencias humanísticas. "Parte de ellas se han codificado bajo el concepto de "bioética" con una faz sistemática y, por ende, una dimensión también profesional. Ello permite pensar que nos encontramos en los albores de una nueva expertocracia". (Lolas, 1992)

- El agobio de abarcar todos los conocimientos y sus aplicaciones. Esto se observa con mayor frecuencia en las especialidades básicas, donde la expansión del saber y del hacer impide al profesional estar siempre actualizado y con suficiente experiencia como para utilizar, con sabiduría, todos los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
- La necesidad de autoevaluar el desempeño profesional en forma preventiva. Por vía de la competencia, de los cuestionamientos, de la autoprotección, se ha hecho más aceptable el tamiz crítico de las actividades y decisiones médicas.

Nuevos Desafíos

Si bien la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, en los últimos años se ha acrecentado el interés en el tema. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación. En primer término, la convergencia de intereses entre los administradores y los profesionales del campo de la salud, no siempre coincidentes. Los primeros están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población. Actualmente, como consecuencia de la corriente eficientista y empresarial, los administradores están empeñados en buscar la satisfacción del paciente, usuario o cliente, esta preocupación por "el otro", tan válida como principio ético, es más bien producto de la competencia entre sistemas de coberturas o de seguros médicos, que una real vocación de servicio (López Morales & Barrera Cruz, 2016).

Con respecto a los profesionales, García Díaz señalaba (García Díaz, 1976) que la revisión de su conducta es parte tradicional del quehacer médico. Los ateneos, los pases de sala, congresos y otras actividades científicas son antecedentes valiosos sobre evaluación y han sido acicates para el progreso del conocimiento y de la práctica profesional, aunque a veces se centren más en lo excepcional que en lo cotidiano, en los errores más que en los aciertos (Castro, 2016).

En los últimos años ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica (la imposibilidad de abarcar todos los conocimientos) y del incremento de las competencias profesionales y económicas (Molina Astúa, Quesada Mena, Ulate Gómez y Vargas Abarca).

Todas las profesiones tienden a resguardar y proteger su quehacer como forma de la división del trabajo y dominio de la actividad. Por eso la autoevaluación preventiva o anticipada de las propias acciones es un modo inteligente de preservar la conducción de la actividad profesional. Antes de que nos juzguen los otros tratemos de que nuestros pares analicen los propios desempeños. Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas (Pera., 2016).

Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

Mencionar numerosos hechos que promovieron el protagonismo de los temas de calidad, pero nos vamos a referir a los más destacables. Esos factores se refieren a circunstancias que transcurren desde lo general y abarcativo hasta lo particular y sectorial (Castro, 2016).

Capítulo 3

Políticas en Salud

Entre las políticas y estrategias para los Sistemas Nacionales de Salud, destacan las relacionadas con la mejora de la calidad de atención médica por lo que el desarrollo de la metodología, los mecanismos y los procedimientos para evaluar la calidad de los servicios es tema de agenda política en salud de los gobiernos (González et al., 2012).

En nuestro país el programa calidad, ha generado el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) (Varela, Belauzarán, Trejo, & Castillo, 2012), herramienta a través de la cual los establecimientos reportan un conjunto de indicadores agrupados en 9 áreas y que se generan a partir de información recolectada mediante mecanismos heterogéneos.

Un análisis de los resultados de los indicadores que reporta el INDICAS sugiere que los mismos tienden a reportar valores mayores que los que se obtienen a partir de fuentes alternativas, en particular encuestas nacionales, y que la heterogeneidad entre entidades tiende a ser menor, lo que señala la necesidad de revisar dichos sistemas para asegurar la confiabilidad de la información que proporciona (Ramírez et al., 1998), (Salud en México, n.d.).

La situación presentada con relación a la calidad de la atención sugiere retos importantes que se reflejan al menos parcialmente en la decisión de los usuarios sobre a cuáles servicios acceder. Con una deficiencia en el acceso efectivo, estos retos se constituyen en barreras para el mismo, ya que se traducen en servicios menos atractivos para la población, tanto en lo que se refiere a la conveniencia de los mismos (horarios, días de atención, ubicación), como en su efectividad y capacidad resolutoria (Varela et al., 2012).

A efecto de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, los órdenes de gobierno legislativo y ejecutivo se han dado a la tarea de sentar las bases para lograr que se articule una política nacional de salud. La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), tiene dentro de sus atribuciones dictar la política de calidad en la atención a la salud para nuestro país. Con ella se pretende lograr:(D´Empaire, 2010) (Gonzalez et al., 2012)

- Salud a la población
- Acceso efectivo
- Organizaciones que sean confiables y seguras
- Una experiencia satisfactoria en la utilización del sistema de salud por la población.
- Un costo razonable en la atención a la salud, evitando el sobre y la subutilización de los recursos.

Para lograr lo anterior, la DGCES ha dado un giro a la forma de enfrentar el desafío. Por un lado, atacándolo a través del fomento a las buenas prácticas en salud, que han demostrado facilitar el ofertar servicios médicos de calidad, seguros y oportunos, y por otro lado a través de la concentración de esfuerzos para promover los temas prioritarios de salud.

Pero marca un error que esta políticas o estrategias que toma el gobierno mexicano para mejorar la atención en salud son evaluadas por la misma institución lo cual crea sesgos en la información y por lo tanto no son datos fiables.

Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica

Marco Legal (Reforma 10-01-2011)

Reglamento interno de la Secretaría de Salud Artículo 25.

Corresponde a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud:

I. Diseñar, desarrollar e implantar instrumentos para la innovación y la modernización del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo la función rectora y de coordinación de la Secretaría con las unidades que lo conforman o que en él participan, vigilando permanentemente en ello el cumplimiento de las políticas y estrategias en materia de equidad;

II. Diseñar y desarrollar mecanismos e instrumentos para optimizar la asignación de recursos en las unidades médicas, así como para impulsar la eficiencia y la satisfacción de usuarios y prestadores en los procesos administrativos, logísticos, organizacionales y operativos en las unidades de atención a la salud;

III. Coordinar el análisis de la oferta, demanda, necesidades y oportunidades de los servicios de salud para el diseño, y desarrollo de propuestas innovadoras, así como, desarrollar y proponer modelos de organización y operación de redes de servicios de salud;

IV. Diseñar, desarrollar y difundir capacitación de habilidades gerenciales para directivos del Sistema Nacional de Salud;

V. Realizar el análisis, planeación y actualización del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, en coordinación con las unidades responsables en sus respectivos ámbitos de competencia y las entidades federativas;

VI. Expedir el Certificado de Necesidades para la actualización del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, de conformidad con la normatividad aplicable;

VII. Diseñar y promover la implantación de nuevas unidades de atención a la salud que respondan a las necesidades y características culturales de la población y que consideren prototipos médico-arquitectónicos, sistemas organizacionales y esquemas de operación y financiamiento;

VIII. Diseñar e instrumentar sistemas y programas que permitan optimizar la asignación de recursos financieros para la infraestructura de atención a la salud; así como emitir y aplicar criterios e instrumentos para la construcción de infraestructura nueva y el reordenamiento de la ya existente;

IX. Derogada (D.O.F. 29 de noviembre de 2006).

X. Con la intervención que por función corresponda a otras unidades administrativas, dirigir, coordinar, gestionar financiamientos y co-financiamientos de crédito externo, temporales y estratégicos para fortalecer la oferta estatal de servicios de salud, incluyendo la suscripción de documentos legales con las entidades federativas, unidades ejecutoras de créditos externos, instituciones y empresas;

XI. Disponer del conocimiento en materia de innovación de modelos gerenciales de atención a la salud, para su aplicación y difusión en el Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de lo establecido por otros ordenamientos;

XII. Identificar oportunidades, proponer innovaciones y cambios normativos que permitan la innovación y pilotaje en procesos administrativos, logísticos y de métodos en servicios de salud;

XIII. Identificar, promover y difundir oportunidades para el desarrollo e implantación de propuestas innovadoras para los servicios de salud y de otras instituciones de investigación y desarrollo;

XIV. Diseñar, desarrollar e implantar, en coordinación con otras unidades administrativas y dependencias del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, la política nacional de medicamentos e insumos para la salud;

XV. DEROGADA (D.O.F. 29 de noviembre de 2006).

XVI. Impulsar la reestructuración organizativa de los servicios estatales de salud, en el marco de la separación de funciones;

XVII. Impulsar y coordinar la política de interculturalidad en el Sistema Nacional de Salud;

XVIII. Derogada (D.O.F. 29 de noviembre de 2006).

XIX. Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en el Sistema Nacional de Salud, y

XX. Diseñar, desarrollar e impulsar la política nacional de atención a la salud de los pueblos indígenas promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

Misión del Programa

El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (anteriormente Unidades Médicas Móviles, UMM) tienen presencia en todo el país y se dan a la tarea de acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica, en las cuales resulta muy complejo y en algunos casos imposible la construcción en el corto plazo de unidades médicas fijas (S. de Salud, 2016).

Las UMM cuentan con un Centro Operativo para la Atención a Contingencias (COPAC), el cual brinda atención médica preventiva en situación de contingencias como emergencias epidemiológicas, desastres naturales y concentraciones masivas de población.

Tienen como objetivo contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población sin acceso a servicios de salud, mediante la oferta de servicios del primer nivel de atención a la salud a través de unidades médicas móviles (S. de Salud, 2016)

Así también proporcionar servicios de promoción, prevención, atención médica y odontológica a la población que habita en localidades geográficamente dispersas y de difícil acceso, mediante equipos de salud itinerantes y unidades médicas móviles que trabajan de forma complementaria con el apoyo de unidades médicas fijas ubicadas en las rutas de atención (S. de Salud, 2016).

Asegurar que los servicios de salud que se otorgan a los beneficiarios del Programa sean con personal capacitado y unidades médicas móviles acreditadas y debidamente equipadas, utilizando un enfoque intercultural y con apego a las guías de práctica clínica y las normas oficiales mexicanas en la materia (S. de Salud, 2016).

Promover la participación organizada de la comunidad para que contribuya en la modificación de los determinantes negativos de la salud que afectan a los individuos y su entorno. Fomentar la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud y de los niños al Seguro Médico Siglo XXI.

Las Unidades Médicas Móviles (UMM) integran las rutas a través del proceso denominado Regionalización Operativa, el cual se lleva a cabo cada año.

Las rutas se conforman de la siguiente forma:

- Las localidades se dividen en subse-des (localidades visitadas por las unidades móviles) y áreas de influencia (localidades que por su cercanía a la subse-de pueden acudir a esta para recibir los servicios de las unidades móviles).
 - La ruta se conforma por las localidades subse-de.
 - Una ruta debe atender de 7 a 15 localidades subse-de o en su caso 1000 habitantes.
 - La Unidad Móvil trabaja 20 días continuos por 10 días de descanso con una permanencia de 8 horas en cada localidad subse-de.
 - Cada subse-de debe ser visitada al menos 2 veces al mes.

Tipos de Unidades Médicas

UMM Tipo 0

Ofrece servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica en casas de salud de las localidades que conforman sus rutas o en espacios habilitados para ello; cuentan con medicamentos e insumos esenciales para proporcionar dichos servicios y están conformadas por un médico general, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente (Secretaría de Salud, 2016).

UMM Tipo 1

Ofrece servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica con un consultorio de medicina general, con equipo estándar para proporcionar atención primaria, química seca y toma de muestras para cáncer cervicouterino; están conformadas por un médico general, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente (Secretaría de Salud, 2016).

UMM Tipo 2

Ofrece servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica con consultorio de medicina general y un consultorio dental, laboratorio de química seca, toma de muestras para cáncer cervicouterino, equipo de electrocardiografía; están conformadas por un médico general, un odontólogo, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente (Secretaría de Salud, 2016).

UMM Tipo 3

Ofrece servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica y odontológica con consultorio de medicina general y un consultorio dental, equipadas con enlace satelital para telemedicina, equipo de videoconferencia, ultrasonografía, electrocardiografía; laboratorio de química seca y toma de muestras para cáncer cervicouterino; están conformadas por

un médico general, un odontólogo, una enfermera y un promotor de la salud-polivalente (Secretaría de Salud, 2016).

UMM Contingencias

El programa cuenta con Unidades Médicas Móviles (UMM) para brindar atención médico-preventiva en situaciones de contingencias como emergencias epidemiológicas, desastres naturales y concentraciones masivas de población; dichas UMM se coordinan con otras unidades administrativas de la Secretaría a fin de apoyar en la operación temporal de servicios de salud (Secretaría de Salud, 2016).

Centro Operativo para la Atención a Contingencias (COPAC)

El Centro Operativo para la Atención de Contingencias “COPAC” busca atender a poblaciones dispersas de comunidades caracterizadas por su tamaño y pocos habitantes, que residen en zonas geográficas de difícil acceso en México y que por lo tanto no tienen capacidad de acceder a la Red de Servicios de Salud, que se encuentran en situaciones de excepción, como desastres naturales, urgencias epidemiológicas, apoyo temporal a unidades de salud inoperantes, concentraciones masivas de población y a las poblaciones establecidas en el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre (Secretaría de Salud, 2016).

Programa de Fortalecimiento a la Atención en el estado de Hidalgo

Misión

La misión es ampliar la oferta de servicios de salud a la población que habita en localidades con menor índice de desarrollo humano, alta y muy alta marginación, con dispersión poblacional y geográfica, sin acceso o dificultades para obtener atención médica, mediante equipos itinerantes de salud y unidades médicas móviles que ofrecen atención médica y odontológica así como

servicios de prevención y promoción del cuidado de la salud, basados en criterios de calidad, anticipación, integralidad, inclusión y resolutive (Secretaria de Salud, 2016).

Visión

En 2018 las Unidades Médicas Móviles son la estrategia de acercabilidad y accesibilidad a la oferta de la Red de servicios de salud para la población en situación de vulnerabilidad, a través de unidades médicas móviles acreditadas que garantizan la calidad y eficacia de los servicios que se prestan contribuyendo en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal (Secretaria de Salud, 2016).

Alcance

En nuestro estado contamos con 34 unidades médicas móviles de recurso federal, que atiende a 23 municipios y 319 localidades, que cuenta con una población objetivo de 63,401 personas. En el año 2015 registraron más 180,000 consultas médicas (Secretaria de Salud, 2016).

Capítulo 4

Planteamiento del problema

Se estima que la población mundial irá en aumento según las estadísticas realizadas por la Organización Mundial de la Salud. Se espera que para el año 2100 la población sea de 10.900 millones contra los 7.200 millones actuales. El crecimiento de la población se debe a un aumento en la natalidad en las regiones más pobres del planeta. En cambio, la población de las regiones más desarrolladas del planeta no se pronostica con un cambio exponencial, pasando de 1.250 millones este año a unos 1.280 millones en 2100.

Se hace evidente la preocupación por la calidad con que se otorga por la atención médica. Se refiere a la práctica médica como racional, en contrapunto con la “Medicina defensiva”; sustentada en Medicina basada en evidencias o bases científicas de la Medicina; en congruencia con las tendencias actuales de privilegiar la medicina preventiva sobre la curativa; la coparticipación del paciente y su familia en la atención; tratar al paciente como un ente biopsicosocial indivisible; tratar al enfermo y no a la enfermedad, y con una relación médico-paciente estrecha.

Así como también que una mala atención médica por parte de los prestadores de salud ocasiona que el usuario no regrese a la unidad médica, abandono del tratamiento, pérdida de la confianza así los prestadores de servicios y a la institución.

Por lo que el hecho de conocer la opinión de las personas de las localidades más alejadas de nuestro estado y con mayor índice de marginación que son atendidos por el programa de Fortalecimiento a la Atención Primaria, se considera necesario realizar un estudio mixto que pueda observar y contrastar los diferentes enfoques de la atención de salud que reciben los usuarios del

programa de Hidalgo, y con esto poder observar las áreas de oportunidad y poder proponer estrategias que mejoren la calidad de estos servicios.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de calidad de la atención médica en los usuarios del programa de fortalecimiento de la atención médica 2016-2017?

Material y Método

Justificación

El Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria cuenta con información de calidad de programas específicos, pero no están basados en la satisfacción del usuario, si no que están desarrollados para evaluar el proceso de atención, por lo que tener información de la satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad de la atención otorgada por los prestadores de servicios es de suma importancia, así también tener un enfoque cualitativo y cuantitativo.

Al conocer estos datos de los usuarios de las localidades más alejadas de nuestro estado y con mayor índice de marginación que son atendidos por el Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria, por lo tanto, realizar un estudio que pueda medir la calidad de la atención en salud que reciben los usuarios, y con esto poder tener áreas de oportunidad y proponer estrategias que mejoren la calidad de estos servicios.

Uno de los elementos de mayor importancia vinculados no solo a la intensidad en el uso de los servicios de salud, sino en la adherencia al tratamiento, el apego a indicaciones de orden preventivo está relacionada con la satisfacción que el usuario manifiesta del servicio recibido; si bien es cierto que está asociada con la calidad que se percibe del servicio otorgado es importante

identificar los factores asociados a la presencia de la satisfacción asociada a la calidad en la prestación de los servicios.

Aun cuando el servicio de salud con todos los insumos en ocasiones no se encuentra realmente disponibles por problemas de almacenamiento o traslado, falta de personal capacitado para ofrecer estos insumos, la distancia y el difícil acceso que presenta esta población, por lo que resulta de particular importancia el identificar en el contexto local los factores que influyen en la calidad de la atención de los usuarios del programa de Fortalecimiento de Atención Primaria, así con el objeto de proporcionarle al tomador de decisiones información que le permita diseñar estrategias de solución.

Hipótesis

Por ser un estudio transversal, descriptivo no se propone hipótesis de investigación, sin embargo, se presenta la siguiente hipótesis de trabajo.

La atención médica ha aumentado pero la calidad con respecto a la satisfacción del usuario en la atención médica no se ha reformulado para este tipo de programas, así que por lo tanto existen áreas de oportunidad que se deben mejorar.

Objetivo General

Evaluar la satisfacción de la atención en salud que reciben los usuarios del Programa de Fortalecimiento de Atención Primaria en Hidalgo a través de la aplicación de un instrumento cualitativo y cuantitativo para identificar los factores relacionados con la satisfacción de los usuarios.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a la población según las variables tiempo, lugar y persona.
2. Caracterizar los diferentes componentes de calidad de la atención médica.
3. Identificar el nivel de calidad de la atención de los usuarios del Programa de Fortalecimiento de Atención Primaria.
4. Identificar la relación entre las diferentes variables de la calidad de la atención médica.
5. Contrastar el análisis cuantitativo con el análisis cualitativo del programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria.

Diseño de Estudio

Estudio mixto transversal analítico

Tiempo Lugar y Persona

- Tiempo. 1 enero del 2016 a julio del 2017
- Lugar. Municipios y localidades de Hidalgo de influencia del programa Fortalecimiento a la Atención Médica.
- Persona: Usuarios del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica de Hidalgo

Criterios de selección

- Criterios de Inclusión: Usuario del Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria, Mayor de 18 años, Líderes de comunidad, 2 años o más como usuarios
- Criterios de Exclusión: Primera vez que acuden al programa, No pertenecer a la comunidad
- Criterios de Eliminación: No completar la encuesta, la encuesta sea ilegible.

Población y Muestra

El Programa tiene una población objetivo de 63,401 personas registradas se calculó la muestra con el programa estadístico EPI INFO versión 6.0, mediante un muestreo aleatorio (No Clúster), con una frecuencia esperada del 30% (Sanchez, 2005) (Ramírez et al., 1998) (Castro, 2016), nivel de confianza del 95%. (Cuesta y Herrero, 2009; Lagares y Puerto, 2001; Pimienta Lastra, 2003; Sabadías y Mancha, 1995). Figura 1

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Figura 1. Ecuación No Clúster

Por lo que resulto en una muestra aleatoria de 325 encuestas.

Considerando que hay 34 Unidades Médicas Móviles recorriendo el estado se tomaron 10 encuestas para cada Unidad Médica Móvil y que se aplicaron en 3 localidades diferentes de su área de influencia por lo que se realizaron en 98 localidades diferentes de 23 municipios del estado de Hidalgo, resultando de una muestra de 340 instrumentos aplicados.

Definición de Variables

VARIABLES DE ESTUDIO

Tabla 1. Definición de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Calidad de Atención Médica	Otorgamiento de la atención oportuna al usuario conforma los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador del servicio de la institución	Conceptualización de la calidad: Integrando los componentes de calidad de la atención médica	Dependiente Cualitativa <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Muy Mala
Confort	Constelación de servicios según la implementación de condiciones, comodidad, higiene, iluminación, ventilación, que constituyen el confort.	Comodidad y seguridad del área de atención.	Independiente Cualitativa Categórica <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Muy Mala
Trato digno	Son aquellas percepciones que el usuario tiene acerca del personal de salud	Percepción del usuario sobre la relación con el personal de salud	Independiente Cualitativa Categórica <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena • Buena • Regular • Mala • Muy Mala
Tiempo de Espera	Variable de tipo organizacional que constituye el tiempo en minutos desde la solución de la atención hasta el otorgamiento de la misma	El tiempo que el usuario permaneció en sala de espera para poder obtener una atención médica	Independiente Cualitativa categórica <ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho • Satisfecho • Mas o Menos satisfecho • Insatisfecho • Muy Insatisfecho
Comunicación e información	Actividad consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un	Información recibida y entendida por el usuario.	Independiente Cualitativa Categórica <ul style="list-style-type: none"> • Muy clara • Clara • Regular • Confusa

	sistema compartido de signos y normas semánticas		<ul style="list-style-type: none"> • No recibió información
Privacidad	El ámbito de la vida personal de un individuo, quien se desarrolla en un espacio reservado, el cual debe mantenerse confidencial. También se aplica a la cualidad de privado.	Confidencialidad de los datos médicos.	Independiente Cuantitativa dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Calidad Percibida por el usuario	Es la relación que existe entre la percepción que tiene el paciente de la atención recibida, el grado de cumplimiento terapéutico, la frecuencia con la que utiliza los servicios y el interés por la condición de salud	Opinión del usuario relacionada con sus expectativas de atención y el beneplácito de las mismas	Independiente Cualitativa categórica <ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho • Satisfecho • Mas o Menos satisfecho • Insatisfecho • Muy Insatisfecho
Entrega de insumos	Recepción de todo aquello para el desarrollo o tratamiento para conservar la salud	Es si el prestador de servicios entrego todo lo necesario para la resolución del problema por el que acudió el usuario encuestado	Independiente Cualitativa categórica <ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho • Satisfecho • Mas o Menos satisfecho • Insatisfecho • Muy Insatisfecho
Confianza	Cierto grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico durante un cierto período.	Seguridad con la que el usuario percibe que las acciones de la institución son para un el beneficio del usuario	Independiente Cualitativa categórica <ul style="list-style-type: none"> • Mucha confianza • Confianza • Poca confianza • Nada confianza
Edad	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	Edad en años manifestada por usuario	Cuantitativa Discreta
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción	Diferenciación por género	Cualitativa Dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Afiliación o Derechohabencia a seguro popular	Afiliación a Seguro Popular	Si cuenta con derechohabencia al seguro popular	Cuantitativa Dicotómica <ul style="list-style-type: none"> • Si • No

Tipo de usuario	Función que desempeña al momento de ser entrevistado	Si corresponde como paciente, acompañante o familiar	Cuantitativa Nominal
			<ul style="list-style-type: none">• Paciente• Familiar• Acompañate

Capítulo 5

Investigación Cuantitativa

Se aplicó la encuesta SiCalidad para áreas rurales en población muestra, por personal no perteneciente a la secretaria de salud, presidencias municipales, o alguna institución relacionada.

Los encuestadores fueron capacitados en el Colegio Médico en el mes de agosto 2016, por el investigador para la aplicación de la misma, refiriéndose que la encuesta cuenta con su manual para aplicación.

Recolección de las encuesta y vaciado en Base de datos Microsoft Excel 2016, recopilando los 56 reactivos de la encuesta de forma numeral, los cuales se importaron de SPSS versión 23, donde se aplicó estadística descriptiva e inferencial utilizando como prueba de significancia:

1. Kolmogórov-Smirnov para identificar variable paramétricas y no paramétricas.
2. T-Student para muestras relacionadas, para realizar análisis bivariado y correlación de variable dependiente contra variables independientes

Instrumento

El instrumento que se utilizó es la encuesta SiCalidad realizada en el 2009 por Dirección General de Calidad y Educación en Salud(DGCES) (Calidad, 2011) (Vicuña, 2002), piloteada en el año 2010, y validada en el 2011 para zonas urbanas y rurales (Morales, 2016).

La encuesta se divide en 56 reactivos que se agrupan en nueve dominios que son, Conocimiento de mejoras de acreditación, Trato digno, Tiempo de espera, Comunicación e Información, Privacidad, Surtimiento de medicamentos, Confort y Seguridad, Satisfacción en general y Confianza en los servicios públicos de salud, nueve criterios se agrupan en los 5 factores que Avedis Donabedian toma para calidad de la atención médica (Morales, 2016).

Metodología de la Aplicación del Instrumento

El instrumento explora la percepción bajo nueve dominios: Conocimiento de mejoras de acreditación, Trato digno, Lista y de tiempo de espera, Comunicación e información, Privacidad, Surtimiento de medicamentos, Confort y seguridad, Satisfacción en general y Confianza en los servicios públicos de salud (Morales et al., 2016) (Castro, 2016) (Cote, Tena y Madrazo, 2013) (D'Ancona, 2005).

1. Se llevará acabo de manera transversal bajo un nivel de análisis exploratorio. Obteniéndose información de los usuarios que acuden a las unidades, especificándose ocho dominios a explorar, finalmente para inferir los resultados a la población.
2. La metodología propuesta permite evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios recibidos en las unidades acreditadas. Se exploró la percepción del servicio en tiempo actual.
3. Dicha evaluación se fundamenta en el análisis de encuestas de percepción de opinión, identificando la satisfacción que tienen los usuarios respecto al trato digno, lista y de tiempo de espera, comunicación e información, privacidad, surtimiento de medicamentos, confort y seguridad, satisfacción en general y confianza en los servicios públicos de salud.
4. En cada una de las unidades se aplicó el cuestionario a diez usuarios, como muestra mínima por unidad.
5. La implementación de la operación implica: (Calidad, 2011) (Barzallo, 2003)
 - a. Se utilizó la encuesta de percepción para los usuarios en unidades médicas acreditadas para pacientes ambulatorios aplicable en unidades médicas de atención primaria.

- b. El entrevistador aplico la entrevista estructurada en el cuestionario en cada una de las unidades de la muestra a evaluar, especificándole al entrevistado que le hará preguntas de la percepción de mejoras en los últimos dos años y posteriormente de la calidad de la atención otorgada en el momento de la entrevista, por lo que el entrevistado deberá recibir el servicio antes de ser entrevistado.
- c. La información obtenida del cuestionario se sistematizo y se capturo en bases de datos Microsoft Excel 2016
- d. Se realizo el análisis por medio del Software SPSS versión 23

La encuesta se aplicó por 10 personas ajenas a los servicios de salud, que fueron capacitados previamente en una capacitación organizada en las instalaciones del colegio médico el 26 de agosto de 2016. (*Ilustración 1*)



Ilustración 1. Capacitación (26 de agosto 2016)

Resultados Cuantitativos

Se realizaron 340 encuestas, en el turno matutino ya que es el único turno de atención, 264 fueron aplicadas a mujeres y 84 a hombres (*Figura 2*). Del total de las encuestas el 83.2% fueron aplicadas a pacientes, 1.3% a familiares, 0.8% Acompañantes.

Distribucion por Sexo

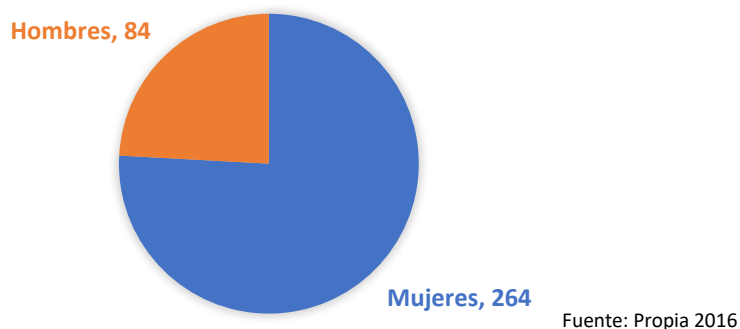


Figura 2. Distribución por Sexo. Fuente: Encuesta SiCalidad 2016

El grupo de edad más frecuente fue de 51 a 60 años con el 18%, seguido del de 16 a 20 con 17.8%, 31 a 50 con 17%, 61 y más con 16.5% y por último el grupo de 21 a 30 años con un 15.8%, el comportamiento fue equitativo en la aplicación de la encuesta (*Figura 3*). El 100% de la población cuenta con afiliación al Seguro Popular.

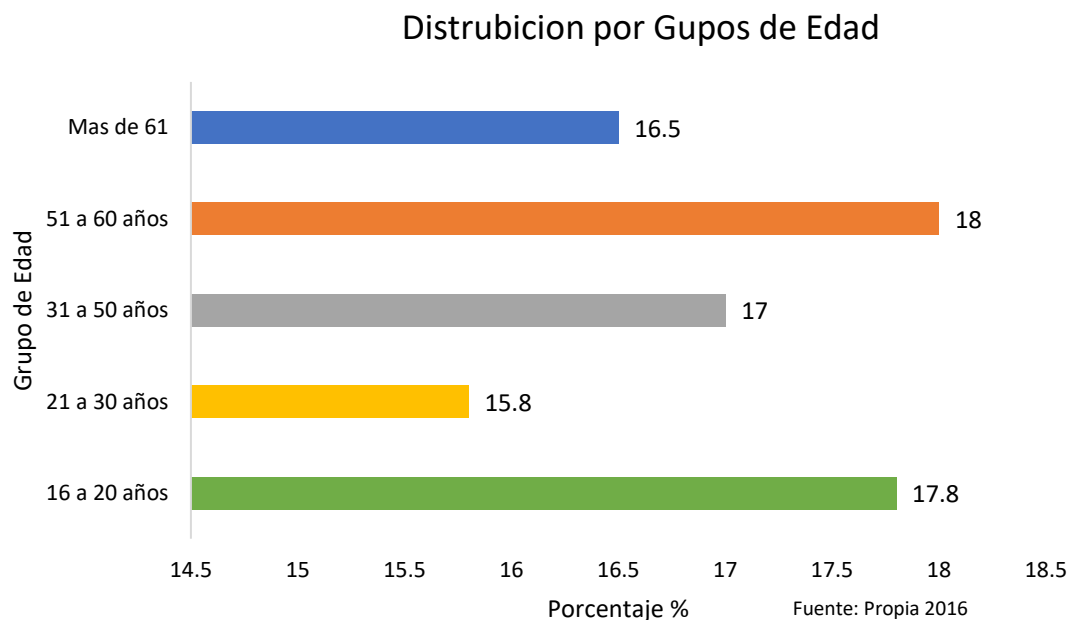


Figura 3. Distribución por Grupos de Edad

El 100% de los encuestados manifestaron que perciben mejoras en las unidades. Del total de las mejoras de la unidad se refirió en forma positiva con respecto a la infraestructura de las unidades de atención, así como la presentación del personal de salud.

Con respecto a la confianza que tiene el usuario al personal de salud el total de los encuestados se refirió de forma positiva. La atención del médico respecto al trato digno y respetuoso para los encuestados un 26.2% se marcó como muy buena, pero también un 26.5% se refirió como mala, dejando buena con un 27.4%, regular un 20%. La atención de la enfermera respecto al trato digno y respetuoso fue con un 23.2% se refirió como Muy buena, pero también un 26.2% se señaló como Mala, dejando Buena con un 22.4%, regular un 28.2%. (Figura 4).

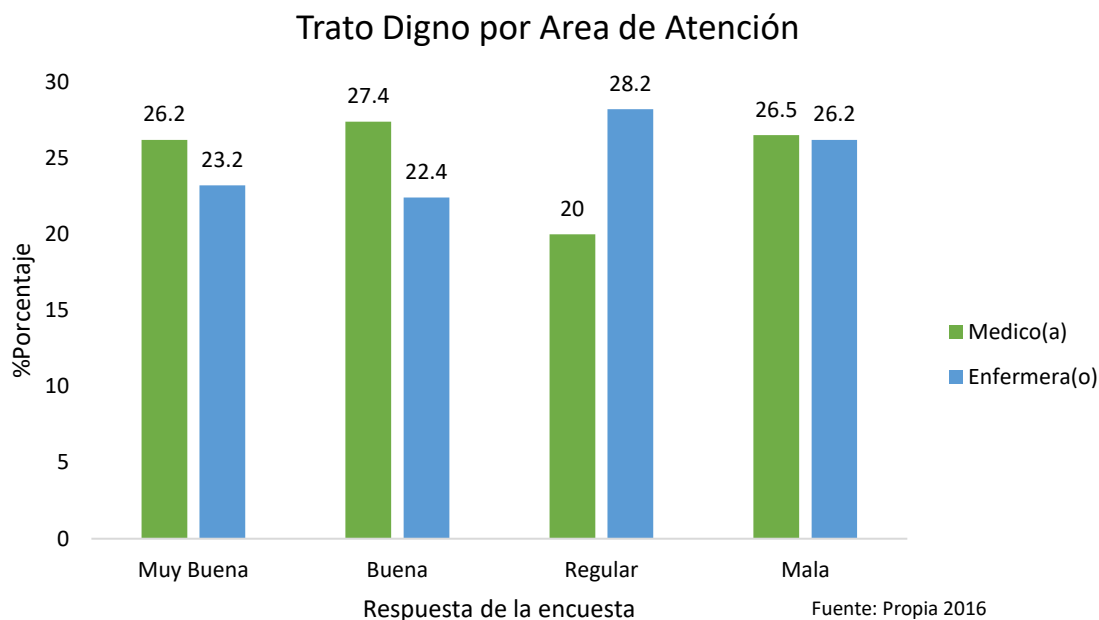
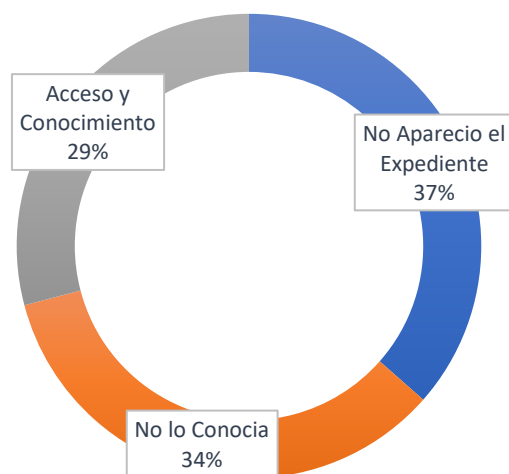


Figura 4. Trato Digno por Area de Atención

De manera general el 32.9% considero el trato digno recibido como Muy buena, Bueno con un 32.1%, y Regular 35%. Con respecto si respetaron los derechos de los pacientes durante su visita o estancia en el establecimiento medico el 100% de los usuarios se refirió de manera positiva, asi también los encuestados mencionaron conocer el nombre del médico y del personal de salud que labora en la unidad ya que se encuentra correctamente identificados.

El total de los entrevistados expreso que el personal de salud le dio oportunidad de hablar sobre su estado de salud, asi también se mostró si el personal de salud conocía su expediente médico y tenía acceso al mismo los resultados fueron, 36.5% No apareció su expediente, seguido de 34.4% no lo conocía, 29.1 tuvo disponible su expediente (*Figura 5*).

Conocimiento y Acceso al Expediente Medico



Fuente: Proia 2016

Figura 5. Conocimiento y Acceso al Expediente Medico

Sobre la información proporcionada por el medico acerca del estado de salud y padecimientos del usuario, un 96.8% respondió que sí le dieron información. Con respecto al tratamiento el 96.8%, manifestó haber recibido la información y de éstos el 35% recibió una asesoría muy clara, el 33.8% la evaluó como clara y el 31.2% como regular (Figura 6).

Información Proporcionada por el Medico

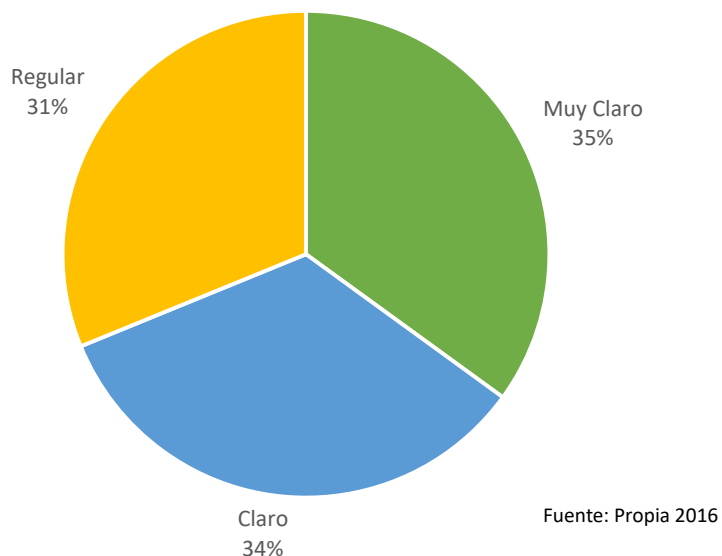


Figura 6. Información Proporcionada por el Medico

Con respecto a que si el personal de enfermería le explico al paciente los cuidados que debe seguir en su domicilio los resultados mostrados por la encuesta son positivos en su casi totalidad

El 100% de los encuestados respondió que contaba con cita previa, ya que se tiene un cronograma de visita a la localidad.

El 35.9% de los entrevistados manifestó estar satisfecho con el tiempo de espera para pasar a consulta, el 32.6% indicó estar más o menos satisfecho y el 31% indicó señalo estar muy satisfecho (*Figura 7*).

Fuente: Propia 2016

Tiempo Espera

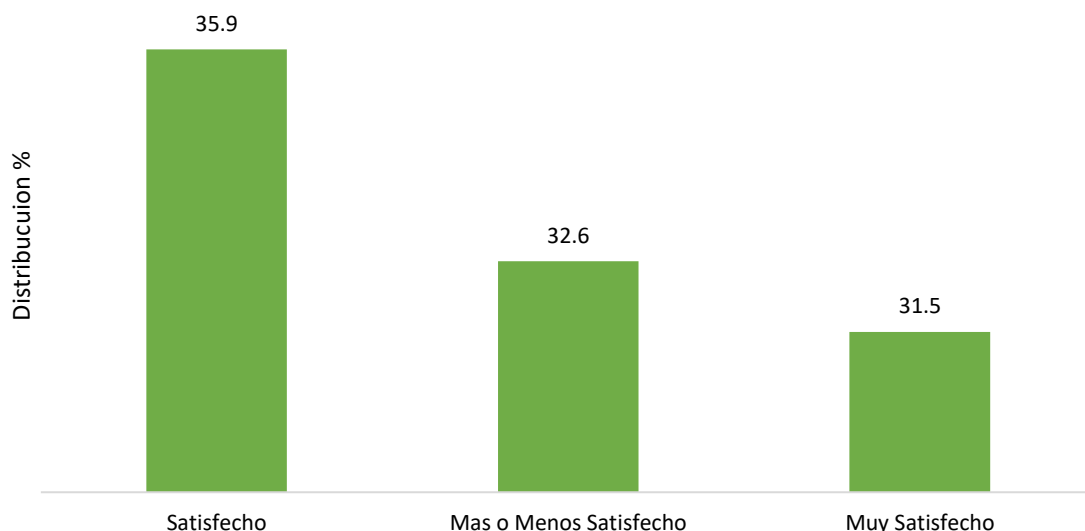


Figura 7. Tiempo Espera

Durante el proceso en las unidades médicas los usuarios encuestados mencionaron que se les realizó alguna prueba diagnóstica, así también de que se les recetó algún medicamento o acción.

El 22.6% obtuvo en su receta 1 medicamento, el 21.5% obtuvo en su receta 3 medicamentos, 20.6% le recetaron 4 medicamentos, 18.2% le recetaron 2 medicamentos y el 17.1% obtuvo 5 medicamentos o más en su receta (*Tabla 2*).

	No de medicamentos Recetados	Frecuencia	Porcentaje válido
Medicamentos Recetados	0	75	22.1
	1	68	20.0
	2	60	17.6
	3	71	20.9
	4	48	14.1
	5	18	5.3
	Total	340	100.0

Tabla 2. Medicamentos Recetados

En lo que respecta a los medicamentos recetados, en ningún caso se obtuvo el 100% de los medicamentos.

El 17.9% compro su medicamento en farmacias privadas, el 15.9% espera regresar a ver si la unidad lo tiene en la siguiente visita, el 14.7% regresara a la unidad para que le cambie el medicamento que de preferencia se encuentre en la unidad, el 13.2% suspenderá el tratamiento, y el 11.3% no iniciara el tratamiento.

En lo que respecta a la satisfacción del usuario basada en la entrega de medicamentos, el 37.4% manifestó quedar más o menos satisfecho, el 33.5% quedo satisfecho y el 29.1% muy satisfecho. como se muestra en la siguiente figura (*Figura 8*).

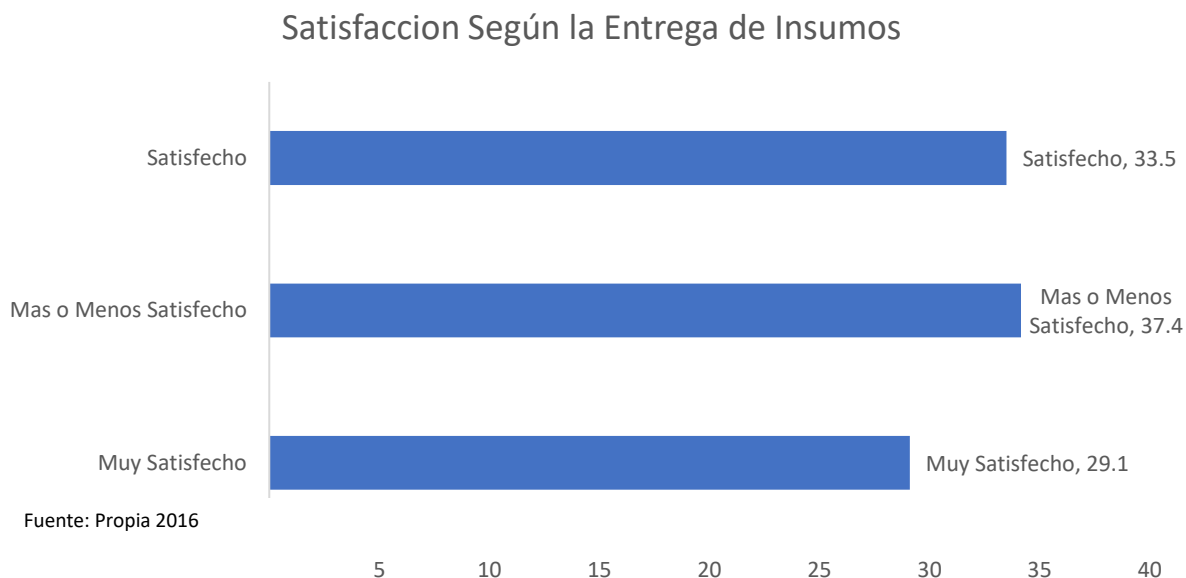
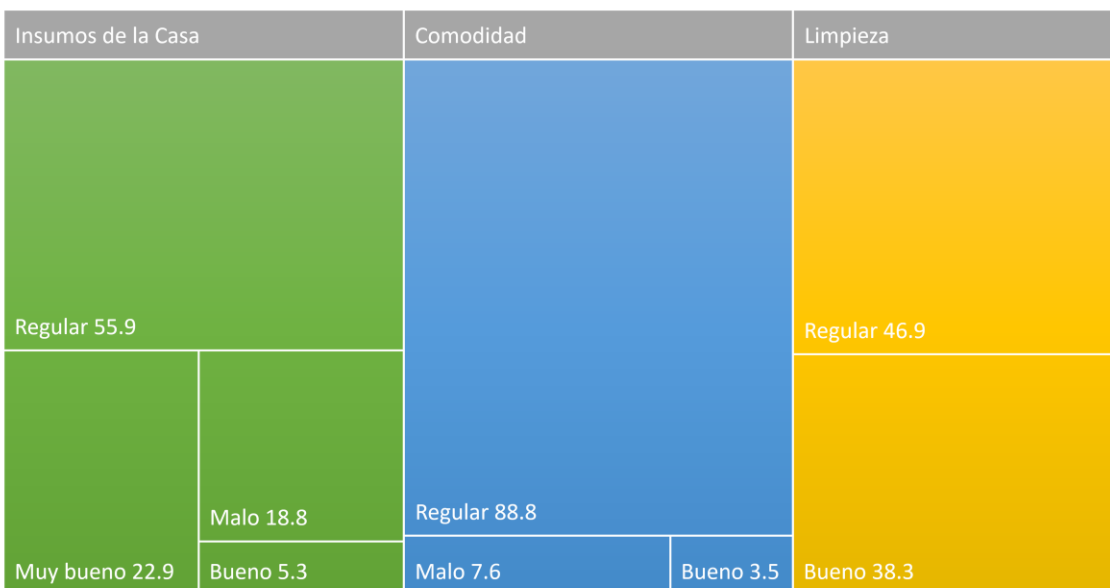


Figura 8.Satisfacción Según la Entrega de Insumos

El 95.9% de los usuarios refiere que la información que proporcionó el médico con respecto a su medicamento fue suficiente, solo un 4.1% de forma incompleta.

En cuanto a la comodidad de las instalaciones el 88.8% expresó que son regulares, malo el 7.6% y el 3.5% como bueno. La limpieza de las unidades, así como de las casas de salud, el 55.9% de los encuestados la considero regular, un 45% refiriendo como bueno. Los insumos de las unidades el 52.9% de los encuestados manifestó como regular en lo que se refiere a los insumos insumos (Figura 9).

Confort de las Instalaciones de la Atención Médica

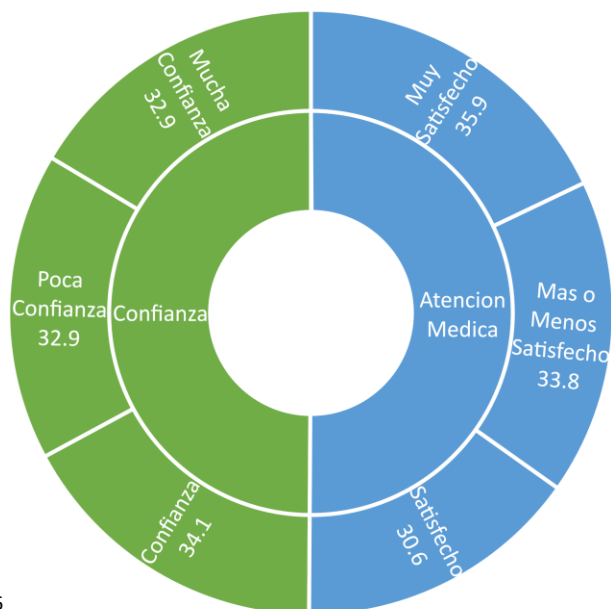


Fuente: Propia 2016

Figura 9. Confort de las Instalaciones de la Atención Médica

De todas las variables analizadas el 35.6% manifiesta estar muy satisfecho con la atención de la unidad, el 33.8% se refiere más o menos satisfecho y 30.6% satisfecho. El 32.9% de los encuestados se percibio con mucha confianza a la unidad médica, el 32.9% poca confianza, y el 34.1% con confianza por establecimientos públicos de salud (Figura 10).

Atencion Medica y Confianza con la Unidad Medica



Fuente: Propia 2016

Figura 10. Atención Médica y Confianza con la Unidad Médica

Estadística Inferencial

Para analizar los componentes relacionados con la calidad se analizó las variables demostrando que tienen una distribución normal a través de la Prueba de Kolmogorov Smirnov para una muestra, ya que la significancia de las variables todas son <0.005 , por lo que fue posible realizar una prueba estadística de correlación y T-Student entre los diferentes componentes de la calidad de la atención contra la misma calidad de la atención, así obteniendo una significancia estadística de cada componente.

Determinación de variables de distribución paramétrica o no paramétrica (Tabla 3).

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

Sig. asintótica (bilateral)	Estadístico de prueba	Máximas diferencias extremas			Parámetros normales ^{a,b}			N
		Negativo	Positivo	Absoluta	Desviación estándar	Media		
.000 ^c	0.286	-0.286	0.246	0.286	0.669	2.66	340	Calidad de la Atención Médica
.000 ^c	0.286	-0.286	0.246	0.286	0.669	2.66	340	Trato Digno ítem (p22, p23, p24) (agrupado)
.000 ^c	0.537	-0.387	0.537	0.537	0.266	1.08	340	Comunicación-Información ítem (p27, p28, p29, p31, p32, p33) (agrupado)
.000 ^c	0.414	-0.414	0.268	0.414	0.48	2.64	340	Tiempo de espera ítem (p38, p39, P40) (agrupado)
					0	1	340	Privacidad (p43)
.000 ^c	0.425	-0.425	0.272	0.425	0.482	1.73	340	Surtido de medicamento (p48, p49) (agrupado)
.000 ^c	0.409	-0.272	0.409	0.409	0.483	4.37	340	Confort y seguridad ítem (p50, p51, p52, p53) (agrupado)
.000 ^c	0.236	-0.227	0.236	0.236	0.834	1.98	340	Percepción de calidad
.000 ^c	0.22	-0.22	0.22	0.22	0.813	2	340	Confianza

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 3. Determinación de Pruebas Paramétricas

Tomando en consideración el análisis descriptivo de los diferentes componentes se nota que la variable Trato Digno es igual a la variable dependiente de Calidad de Atención Médica por lo que no se puede calcular la varianza, por lo que este resultado puede deberse a que los usuarios consideran que el trato digno y la calidad de la atención son lo mismo (*Tabla 4*).

Descriptivo por agrupaciones de las categorías constitutivas de la calidad de la Atención médica

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66 ^a	340	.669	.036
	TRATODIGNO	2.66 ^a	340	.669	.036
Par 2	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	COMUNICACION	1.08	340	.266	.014
Par 3	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	TIEMPO	2.64	340	.480	.026
Par 4	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	PRIVACIDAD	1.00	340	0.000	0.000
Par 5	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	INSUMO	1.73	340	.482	.026
Par 6	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	CONFORT	4.37	340	.483	.026
Par 7	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	PERCEPCION DE CALIDAD	1.98	340	.834	.045
Par 8	CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	2.66	340	.669	.036
	CONFIANZA	2.00	340	.813	.044

a. La correlación y t no se pueden calcular porque el error estándar de la diferencia es 0.

Tabla 4. Estadísticas de muestras emparejadas

Al realizar la correlación entre los diversos componentes de Calidad de la Atención Médica hay significancia estadística, con la excepción de la variable tiempo de espera que en esta no encontramos una diferencia significativa, por lo que esta variable estadísticamente no afecta la calidad de la atención médica proporcionada por la unidades esto puede deberse a que las unidades cuenta con un cronograma de visitas y por lo cual los usuarios ya están conformes y satisfechos con los tiempos de espera para recibir una atención (*Tabla 5*).

Prueba de Muestras Emparejadas

		Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación estándar	Media de error estándar	IC 95%				
					Inf.				Sup.
Par 2	Calidad De La Atención Médica - Comunicacion	1.588	.717	.039	1.512	1.665	40.836	339	.000
Par 3	Calidad De La Atención Médica - Tiempo	.024	.809	.044	-.063	.110	.536	339	.592
Par 4	Calidad De La Atención Médica - Privacidad	1.665	.669	.036	1.593	1.736	45.875	339	.000
Par 5	Calidad De La Atención Médica - Insumo	.932	.793	.043	.848	1.017	21.666	339	.000
Par 6	Calidad De La Atención Médica - Confort	-1.703	.829	.045	-1.79	-1.61	-37.87	339	.000
Par 7	Calidad De La Atención Médica-Percepción De La Calidad	.682	1.047	.057	.571	.794	12.016	339	.000
Par 8	Calidad De La Atención Médica - Confianza	.665	1.064	.058	.551	.778	11.519	339	.000

Tabla 5. Prueba de Muestras Emparejadas

Capítulo 6

Investigación Cualitativa

Tal y como recomienda el método científico, con el fin de diseñar el cuestionario, se han llevado a cabo una investigación cualitativa. Se han realizado entrevistas a profundidad entre los líderes de opinión de las localidades de estudio, cada entrevistado tiene más de 2 años siendo usuario del programa, es líder de opinión dentro de la localidad está constituido por un total de 10 participantes y la duración de las mismas fue de aproximadamente 1 hora. En estas entrevistas se han tenido en cuenta las variables de Trato digno, Confianza, Integración en la comunidad, Insumos proporcionados, y cuál de ellos está relacionado con el área médica, enfermería y de promoción.

Por parte del área cualitativa, se aplicaron 10 entrevistas a profundidad en 10 municipios diferentes, a personas que se consideran clave, ya que son líderes de la comunidad, llevando como guion de entrevista los principales puntos de Avedis Donabedian que marca para la atención médica.

Con la finalidad de proceder a adaptar la Escala de Calidad General utilizada en el análisis cuantitativo SiCalidad, en particular se procedió a su valoración mediante categorías de calidad constituidos por personal integrante de las unidades y se procedió a analizar los componentes o factores de las dimensiones de calidad mediante la utilización del Software ATLAS.ti versión 7.5.17 para la identificación de las variables válidas.

El análisis se realizó mediante el programa de ATLAS.ti Versión 7.5.17, así también se realizó la categorización y se obtuvieron tablas de resultados de relación de categorías (Zerbato, Celia y Duarte, 2008) (Varguillas, 2006).

Ya contando con las categorías, así como citas y memos, se procedió a realizar una tabla de co-correncias con las categorías y creación de una red para la identificación visual de la relación de las distintas categorías con la calidad de la atención médica.

Resultados Cualitativos

En la tabla se aprecia la relación de las entrevistas, con las familias de códigos de forma cuantitativa se observan las relaciones entre ambos, los elementos de calidad tienen mayores relaciones por lo que demuestra que hay una relación directa de los mismos con el efecto de la calidad de la atención médica (tabla 6).

TABLA DE CODIGOS Y DOCUMENTOS PRIMARIOS											
	P1: GRABACIO N 1.pdf	P2: GRABACIO N 10.pdf	P3: GRABACIO N 2.pdf	P4: GRABACIO N 3.pdf	P5: GRABACIO N 4.pdf	P6: GRABACIO N 5.pdf	P7: GRABACIO N 6.pdf	P8: GRABACIO N 7.pdf	P9: GRABACIO N 8.pdf	P10: GRABACIO N 9.pdf	TOTALES:
Elementos de Calidad	15	13	11	7	11	9	13	11	13	15	118
Satisfaccion	5	10	7	6	8	6	10	12	13	14	91
TOTALES:	20	23	18	13	19	15	23	23	26	29	209

Tabla 6. Códigos y Documentos Primarios

En la siguiente tabla se muestran los códigos y la relación que tienen entre ellos por lo que el código Calidad de la Atención médica y Trato digno tienen una frecuencia superior así también observamos equivalencia con el análisis cualitativo por lo que se puede inferir que los usuarios relacionan de forma muy estrecha la calidad de la atención con el trato que se le otorga durante la atención y los otros componentes de la atención se vuelve a un segundo plano relativamente (Tabla 7).

TABLA DE CO-OCURRENCIA DE CODIGOS										
	Area de Enfermería	Area de Promocion	Area Medica	Calidad de la Atención Medica	Comunicacion	Confianza	Integracion	Medicamento	Trato Digno	TOTALES:
Area de Enfermería	0	0.11	0.06	0.12	0.11	0.13	0.07	0	0.11	0.7
Area de Promocion	0.11	0	0.02	0.13	0.15	0.13	0.26	0	0.16	0.95
Area Medica	0.06	0.02	0	0.14	0.14	0.04	0.07	0	0.19	0.65
Calidad de la Atención Medica	0.12	0.13	0.14	0	0.23	0.23	0.11	0.07	0.27	1.31
Comunicación	0.11	0.15	0.14	0.23	0	0.16	0.07	0	0.14	0.99
Confianza	0.13	0.13	0.04	0.23	0.16	0	0.2	0	0.27	1.16
Integración	0.07	0.26	0.07	0.11	0.07	0.2	0	0	0.16	0.92
Medicamento	0	0	0	0.07	0	0	0	0	0	0.07
Trato Digno	0.11	0.16	0.19	0.27	0.14	0.27	0.16	0	0	1.3

La tabla de co-ocurrencia de códigos presenta las frecuencias de aparición de una pareja de códigos en un mismo segmento de las transcripciones. Así las cosas, permite establecer relaciones entre los códigos

Tabla 7. Coocurrencia de Códigos

Red familia de códigos y códigos por fundamentación y densidad

La red Muestra la interacción de los códigos con Calidad de la Atención Médica creando direccionalidad y relacion en ambos sentidos en todos los códigos, por lo que los elementos de calidad son parte de un todo que es influenciado a los cambios de estos elementos, así que se corrobora lo que en el análisis cuantitativo es una significancia estadística (Ilustración 2).

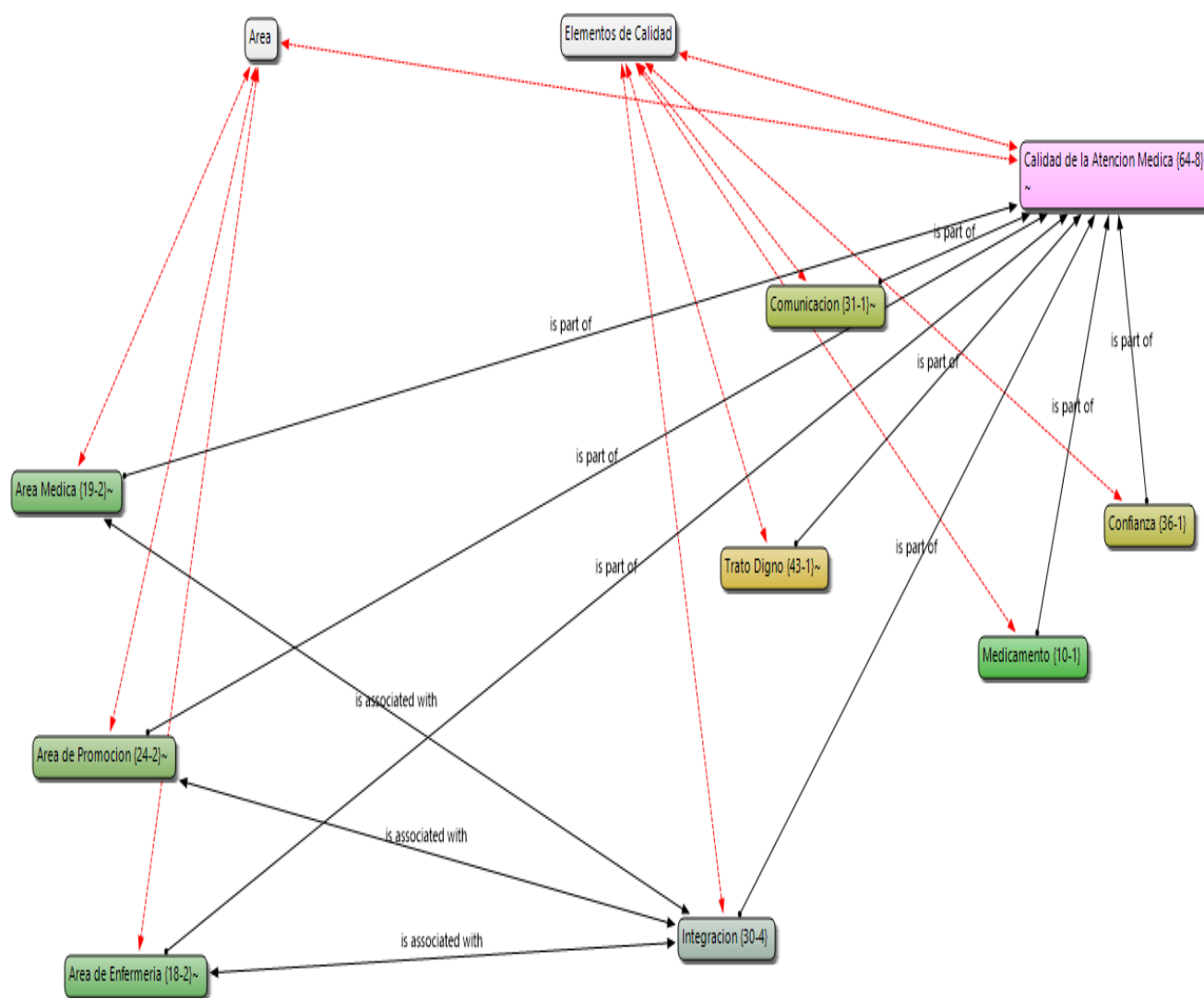


Ilustración 2. Red familia de códigos y códigos por fundamentación y densidad

Red de documentos primarios y códigos por fundamentación y densidad.

Esta red muestra la densidad y fundamentación de los códigos por lo que el código de Calidad de la atención médica y el de Trato digno son los de más altos en densidad y de fundamentación, seguido del de confianza y el código de medicamentos con respecto al insumo no es uno de los códigos de más alta densidad (*Ilustración 3*).

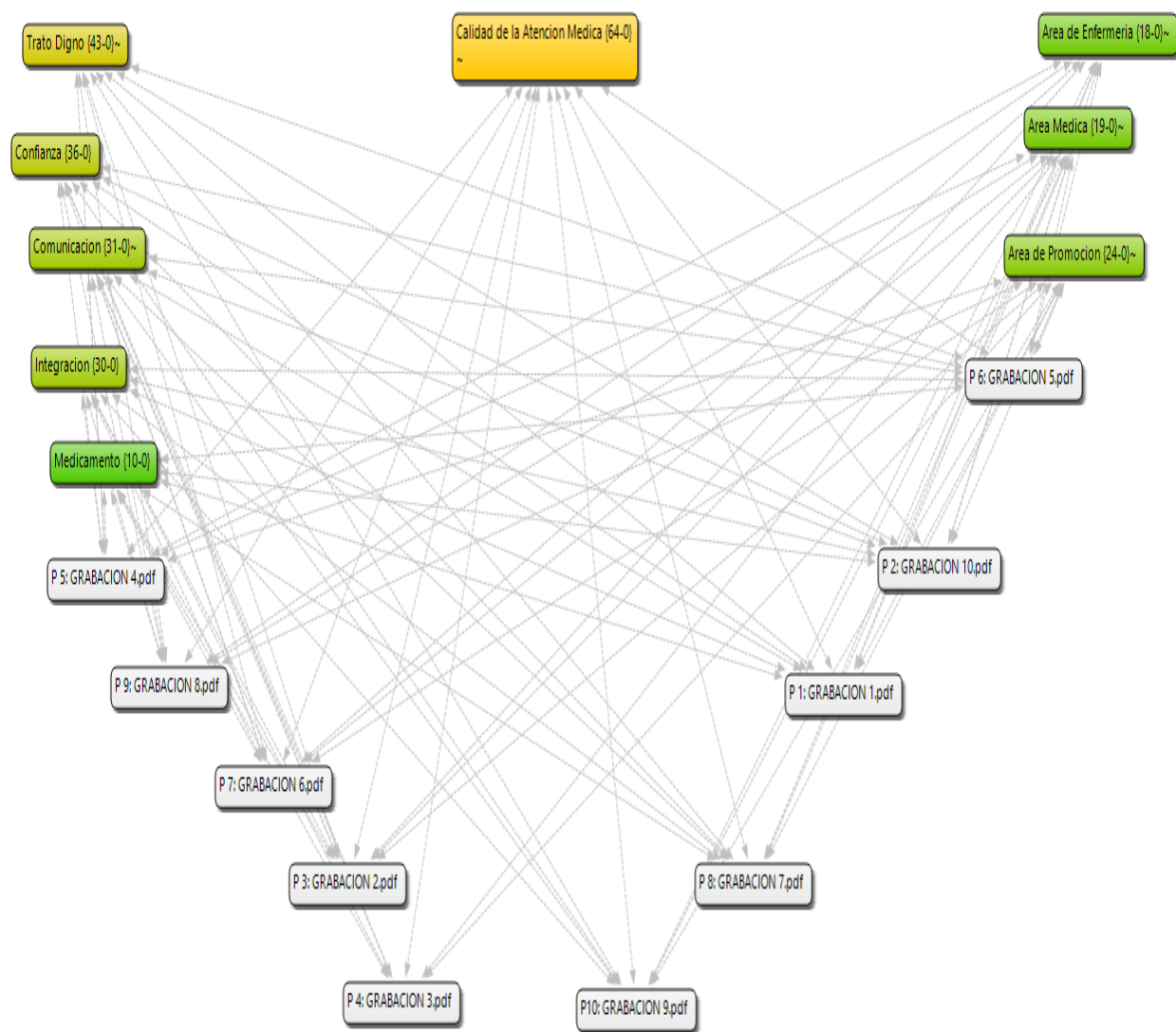


Ilustración 3. Red de documentos primarios y códigos por fundamentación y densidad

Red de códigos y citas por fundamentación y densidad.

La red muestra la relación de las citas con los códigos tomando en el centro el Código de Calidad de la Atención Médica y seguido del código Trato Digno esto es un diseño semántico, así se muestra que el área médica tiene relación directa con la atención y bidireccional e igual que el área de promoción se encuentra más integrada, el área de enfermería se aleja de la Integración, pero se encuentra más desarrollada en la confianza de los usuarios (*Ilustración 4*).

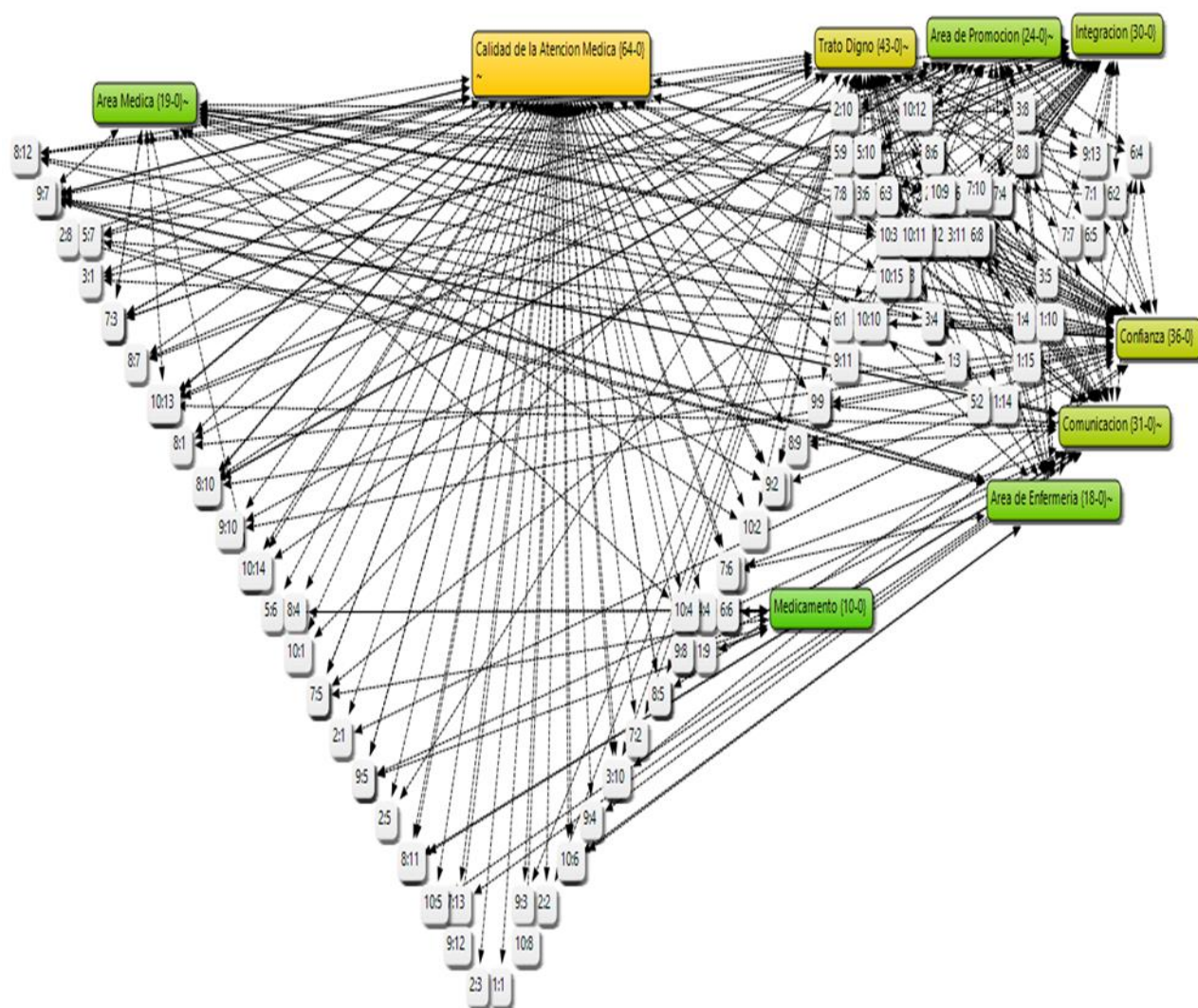


Ilustración 4. Red de códigos y citas por fundamentación y densidad

Capítulo 7

Discusión

En la mayoría de los estudios realizados por la Secretaría de Salud, las encuestas son elaboradas por personal trabajador de la misma institución, lo que estaría incluyendo algún tipo de sesgo de medición ya que al ser evaluada por el personal de la misma institución podría evidenciar algún tipo de sobre estimación tanto de buena calidad como de satisfacción, en el presente estudio los encuestadores fueron ajenos a dicha institución, por lo que los resultados resultan ser objetivos y quizá sea la causa de una discrepancia en resultados publicados por la Secretaría de Salud

El estudio tuvo 350 participantes de los cuales el 75.8% corresponde al género femenino, por lo que nos demuestra que la mujer es la cuidadora de la salud de la familia y también es el personaje con más contacto con los servicios de salud, así también la edad de los participantes con mayor frecuencia es de los 20 a los 55 años la cual es una población activa, pero ya que la mayoría de esta población es perteneciente a un programa de ayuda social, no corresponde a que sea activamente económica, por lo tanto el 100% de los participantes son afiliados al Seguro Popular. El 83% de las encuestas fueron aplicadas a pacientes el resto a familiares y acompañantes, por lo tanto, se obtiene una clara idea de lo que se ocurre en los consultorios de es las unidades.

Al realizar el estudio se categorizaron los aspectos que conforma la calidad de la atención médica de manera que correspondieran con la teoría de calidad de la atención propuesta Avedis Donabedian.

Se encontraron aspectos percibidos por los usuarios respecto a la dimensión interpersonal, estos se enfocaron principalmente al trato digno, donde los pacientes demandan mayor empatía con el personal de salud. Esta percepción de los participantes concuerda con los resultados reportados por Fosbinder (1994), Larrebeey Bolden (2001), Watson et al. (1999) y Williams

(1998) quienes señalaron en sus hallazgos que los participantes demandan que el personal de salud y el paciente desarrollen una relación con mayor grado de profundidad y que el personal sea agradable con ellos y los traten como individuos únicos. Estos estudios concuerdan en que los pacientes desean recibir un buen trato, donde en lo personal sean amables, agradables, gentiles, atentas, comprensivas, pacientes, tolerantes y sinceros.

El nivel de calidad que percibieron los usuarios con respecto a las encuestas es de un 66.2% satisfacción, por lo que el resultado de la calidad de la atención médica, tiene un gran peso el trato que le otorgamos a los usuarios, según lo demuestran los resultados obtenidos (65%) los diversos estudios refieren que la calidad está compuesta por diversos componentes (Fajardo y Hernández, 2012), sin embargo el buen trato a los usuarios es capaz de superar las deficiencias que tengamos en los demás componentes de calidad.

La confianza con la institución de salud es relevante para que el usuario tenga el primer contacto con los servicios de salud, en el estudio se determinó que estadísticamente significativo este rubro, así también concuerda con los estudios anteriores (Barzallo, 2003; Cáceres, 2003; Vicuña, 2002).

La comunicación es un elemento que mostro resultado significativo en ambos enfoques, que está relacionado con la integración del personal de salud con la comunidad o con relación interpersonal entre usuario y personal de salud, así también lo muestra (Girón et al., 2002; Suño y Net, 1991) en donde en general proponen que las relaciones interpersonales en primer nivel de atención es un factor positivo para la comunicación del usuario con el personal de salud, siendo esta comunicación más abierta, explícita y bidireccional.

El confort o amenidades de la instalaciones aunque en el enfoque cuantitativo es significativamente estadístico, a nivel cualitativo no fue un determinante propio de la calidad de la atención médica, ya que usuarios también cuenta con un nivel socioeconómico bajo y se encuentran en comunidades de difícil acceso, su prioridad fue el recibir la atención médica y trato que se le otorgo esto es muy similar a los estudios propuestos anteriormente (Navarrete et al, 2013), donde el confort y las amenidades de la instalaciones tienen un propósito de instrumento para proporcionar una atención adecuada, también puede ser superada por una buena comunicación y trato a los usuarios.

El insumo representa un elemento para que el usuario encuentre satisfactoriamente la atención prestada, de forma cuantitativa tiene un valor estadístico dentro los elementos de calidad como lo muestra diversos autores(Fajardo y Hernández, 2012; González y Gallardo, 2012; Pera., 2016; Suño y Net, 1991), pero en el análisis cualitativo, el usuario aunque si le gustaría recibir todo el insumo que es recetado, no fue un elemento que mermara el concepto general de calidad en general de la atención médica prestada por las unidades, siempre y cuando tuvieran una buena comunicación y buen trato con los prestadores del servicio.

La privacidad del usuario fue respetada al 100%, corresponde a un elemento de la calidad de la atención médica (Donabedian, 1990) que merma altamente el concepto de calidad para el usuario si no es respetada, por lo que en este estudio no afecto el concepto de calidad.

El tiempo de espera no fue factor significativo en este estudio ya que las unidades tienen un cronograma y horarios de atención en las comunidades, así también desde el análisis cualitativo los usuarios no les afecto el tiempo de espera ya que las unidades le comunican con anterioridad las fechas de visitas y los horarios de atención.

En lo que respecta a la calidad de la atención proporcionada por las diferentes áreas, el área médica tiene menos integración con la población y esto se traduce con que el usuario es un más reservado con el médico(a), al contrario que con el personal de enfermería que cuenta con buena integración con la población en la mayoría de los casos, y el área de promoción tiene una gran integración a la comunidad y los usuarios sienten mucha confianza, sin importar el género del promotor de salud.

Ya que este estudio analizó los diversos componentes de forma cuantitativa y cualitativa, empleando una entrevista semiestructurada, lo cual significa que aquí se han priorizado los discursos de los participantes a costa de otros elementos que pudieran dar pistas para comprender mejor la atención, por ejemplo indagar si los discursos corresponden a las prácticas del día de la atención, los resultados arrojaron similitud en los ambos enfoques, quiere decir que los componentes tuvieron un comportamiento muy semejante en ambas formas de estudiarlos.

Con respecto al Trato Digno se infiere por los resultados cualitativos que tienen una frecuencia de fundamentación y densidad tan alta como la misma categoría de calidad de la atención, por lo que esta categoría es de suma importancia para los usuarios, también en el análisis cualitativo la importancia estadística de esta categoría es tan alta que los usuarios toman en cuenta el trato digno como calidad de la atención médica prestada por los servidores de las unidades.

Es de interés recalcar que prácticamente todas las pacientes que hicieron comentarios en la encuesta tocaron el tema referente a la calidad de la atención con respecto al ámbito de la empatía que debe existir de parte del médico hacia ellas.

Muchas hicieron críticas sobre los médicos, argumentando que no parece que estuvieran interesados en lo que les están diciendo, aunque tengan una manera respetuosa de hablarles. Otras

enfocaron sus comentarios para elogiar la atención brindada por quienes las atendieron y cuánto significó para ellas en lo que a su bienestar se refiere. Las relaciones interpersonales (interacción social y psicológica) son importantes como criterio del acto asistencial entre el médico y el paciente como reflejo de satisfacción y, por lo tanto, de calidad del servicio dado.

En cuanto al proceso de atención se observó que cuando el médico interroga, explora o realiza acciones de información, educación y comunicación (explicación sobre el padecimiento, tratamiento, cuidados en casa y complicaciones) al usuario, existe un aumento en la percepción de buena calidad en la atención y, por el contrario, cuando el médico no realiza un interrogatorio, no explora o no realiza las acciones anteriormente mencionadas, el usuario percibe mayormente mala calidad. Cuando el médico platica con el paciente además de su padecimiento aumenta la percepción de buena calidad en la atención por parte del usuario.

Los diferentes estudios de calidad de la atención médica concuerdan que la integración a la comunidad o la relación interpersonal con los usuarios es de los principales factores que determinan la calidad de la atención médica.

Se observó que los pacientes que evaluaban buena calidad, la mayoría referían sentirse satisfechos con el trato recibido y, por el contrario, los pacientes que percibían mala calidad expresaban en su mayoría, no sentirse satisfechos. Por otro lado, los pacientes que deseaban que se les atendiera mejor, la mayoría refería mala calidad, en tanto que, los usuarios que referían no desear que se les atendiera mejor, la mayoría expresó buena calidad. Al interrogar si regresaría el usuario o su familiar, los que expresaban no continuar acudiendo percibían en mayor porcentaje mala calidad, en tanto que los usuarios que expresaban regresar, el mayor porcentaje refirió buena calidad.

La mayoría de los usuarios que saben en dónde poner las quejas o sugerencias expresaban buena calidad, así también en aquellos que referían no saber el lugar en donde poner quejas y sugerencias, el mayor porcentaje expresó buena calidad

Cabe mencionar que el estudio de forma general se observó similitud en ambos enfoques, lo elementos de calidad de la atención mostraron aproximación entre uno y otro enfoque, así también se observó equivalencia con investigaciones anteriores y se observó el paralelismo con las teorías de calidad de la atención médica.

Todos los actores entrevistados, construyen la calidad de un servicio desde el nivel técnico de éste. Los usuarios perciben, comprenden y valoran la capacidad resolutive de los servicios y la cualificación técnica del personal de salud, en todo el proceso de atención. Esto contradeciría un sistema de creencias anclado en el "saber experto" de los otros actores sociales con poder social (Foucault M. 1991), que excluye el conocimiento y discurso de los usuarios, al considerarlos sin capacidad para evaluar el nivel técnico de la atención. Quizá por ello, en las evaluaciones del servicio realizadas con los usuarios, ésta casi no se considera como un criterio de evaluación, centrándose más en la evaluación de la relación médico-paciente, lo cual indicaría que se están dejando de lado temas complejos, como ya lo han evidenciado revisiones sistemáticas sobre las estrategias de evaluación de los servicios de salud (Wensing y Elwyn .2002) Por tanto se debe profundizar más con los usuarios en aspectos de calidad técnica y resolutive de lo que tradicionalmente se ha hecho.

Conclusiones

Aunque las interacciones en los servicios de salud son asimétricas, la visión del personal de salud y usuarios convergen algunas veces, probablemente por compartir espacios cotidianos en la prestación del servicio.

Se puede concluir que la satisfacción percibida por el usuario de las unidades está asociada a dimensiones como la interpersonales en donde se percibió en forma general como buena.

La edad no influyó en la percepción de mala calidad. No obstante, en la dimensión de estructura se pudo evidenciar la necesidad de considerar a las amenidades ya que a mayor comodidad y ambiente agradable tanto en sala de espera, consultorio y baños (limpios y abiertos) mayor percepción de buena calidad, mas no es esencial,

El percibir la calidad de la atención prestada por el usuario genera de manera importante la satisfacción o insatisfacción del mismo, por lo tanto, tener ambos enfoques de análisis nos da la oportunidad de ver los diferentes elementos de calidad y a cuáles debemos de enfatizar, aunque otros tengan un valor significativo.

La satisfacción de las necesidades de salud del usuario, en relacion con sus condiciones particulares y de la gravedad de su enfermedad, para estar en condiciones de ofrecer curación de la enfermedad, control del padecimiento, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, especialmente dirigida a quitarle el dolor y la angustia y el apoyo moral. Desde el enfoque de la salud pública, la calidad de la atención incluye cobertura de la población, disminución de la morbilidad, disminución de la mortalidad e incremento en el tiempo y calidad de vida. Es relevante la desaparición y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, la disminución de las secuelas y la prevención y rehabilitación de las discapacidades.

Los propósitos de una atención de calidad deberán guardar una estrecha congruencia con la misión y la visión de la institución y del servicio; estos propósitos deberán estar centrados en el paciente y dirigidos a satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y ser congruentes con las circunstancias del entorno

La humanización de la asistencia es significativa para todos los actores entrevistados. Para usuarios es una dimensión dinámica que se relaciona con otras: con el nivel técnico de la atención (una buena exploración física o clínica), con la accesibilidad organizacional (más tiempo por paciente) y con una información precisa, detallada y comprensible en un marco cordial. Además, posee muchos significados: confianza, respeto y consideración hacia el usuario como un ser social, no sólo como un organismo.

Por lo anteriormente expuesto, se puede concluir que el usuario de estas unidades le confiere al buen trato recibido en general del personal, una gran importancia aún por encima de la comodidad, limpieza, confort de las instalaciones, la dificultad para acceder a la consulta, y un deficiente surtimiento de la receta. De esta forma quienes son responsables directos de la calidad y la satisfacción como resultado de ésta, deben hacer no sólo énfasis en la capacitación del personal, de mantener la limpieza y el confort de las instalaciones, pero también de fortalecer aquellas áreas de oportunidad detectadas e implementar programas de calidad tendientes a la eficiencia y agilizar los procedimientos para abatir las barreras de acceso a la consulta, los, así como del surtimiento completo de las recetas.

Por su parte, los formuladores de políticas y los gestores, mantienen una visión de calidad soportada en los contenidos explícitos de las normas, presentándose, así como legitimadores del discurso oficial. La calidad de un servicio de salud como construcción social, no debe responder sólo al conocimiento "experto" de las instituciones de salud, sino de todos los agentes

involucrados, que, desde sus percepciones y prácticas cotidianas, también contribuyen al marco interpretativo de calidad. A través de la rica producción discursiva de los usuarios, se observa un conocimiento crítico, el cual se debe rescatar de borramientos, invisibilizaciones y silenciamientos hechos por conocimientos "autorizados", los cuales parecen no han permitido su incorporación activa y propositiva en las estrategias evaluativas de la calidad de los servicios de salud.

Recomendaciones

Con los resultados del presente proyecto se proponen las siguientes recomendaciones las cuales son factibles y de escaso costo:

Generar una actitud de cordialidad en el personal de salud hacia el usuario, creando una mentalidad de servicio con calidad, desde el uso de un lenguaje óptimo para cada paciente de acuerdo con su nivel sociocultural, el entendimiento de su padecimiento y el entendimiento en el manejo de éste.

Crear puentes de comunicación con los usuarios y con las comunidades, para generar confianza en los servicios de salud, así también es importante crear un ambiente óptimo laboral hacia los diferentes prestadores de servicio.

Administrar la distribución adecuada de recursos humanos en las diferentes unidades de salud que sean capaces de generar comunicación de confianza y empatía entre los usuarios y los servicios de salud.

Por lo que resulta importante evaluar la percepción del prestador de servicio con el fin de generar estrategias, en las que el médico realice de manera óptima su función para poder crear comodidades laborales facilitando realizar la atención con calidad.

Realizar supervisiones y capacitaciones constantes obligatorias para los servidores de salud, es conveniente la revisión en el apego de terapéuticas según la NOM's y supervisiones constantes al personal con el fin de evaluar aspectos técnicos de la atención.

Debe convencerse primero a los prestadores de servicio sobre la importancia de la satisfacción del usuario, sensibilizando creando cambios de calidad con los propios clientes internos.

Crear una metodología cualitativa y cuantitativa para la investigación de problemáticas de las poblaciones con respecto a su atención médica, que la misma no sea administrada por la misma institución, que sea de forma anónima, y que también cuente con un punto de vista del personal de salud, con esto creamos áreas de oportunidad objetivas y que tienen como punto principal la problema actual e individual de cada comunidad que es atendida por las unidades médicas, lo cual facilitaría el cumplimiento objetivos determinados para cada comunidad y su problemática actual, lo cual se traduce en ahorro de recursos, aumento en la confianza de los usuarios con los servicios de salud y disminución de la morbilidad.

En el ámbito actual que impera en el país, se asegura que, a mayor satisfacción del usuario menores demandas, mayor apego del manejo médico indicado, mayor impacto en los programas preventivos y con ello mayor resolución en los problemas de salud actuales.

Limitaciones

Los resultados del presente estudio coinciden con diversas dimensiones involucradas con la calidad; es conveniente aclarar que, se trata de solo una foto en un momento en el tiempo y que dado que es un estudio transversal, tiene entre sus principales limitaciones la ambigüedad temporal, por lo que los resultados deberán tomarse con mucha cautela, ya que representan solo asociaciones estadísticas por un lado y por el otro, este estudio representa solo la opinión que manifestaron los usuarios y que según la metodología de Donabedian nos permitió contar solo con un referente próximo de la situación prevalente de las unidades del Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria que es una parte de la atención de primer nivel.

En posteriores investigaciones el estudio debería ampliarse a otros estados y asimismo no solo a las unidades médicas móviles sino también a centros de salud, hospitales y áreas de atención médica.

Mediante el presente estudio de investigación detectaron los principales elementos o factores que mayor influencia tienen en la formación de las distintas dimensiones de calidad percibida por los usuarios, siendo importante esto para profundizar en su estudio e intentar aplicar los resultados obtenidos a la gestión del personal de salud de nuestras instituciones.

Cabe destacar la gran importancia que nuestros usuarios prestan a la atención personal que se les otorga, como es, las explicaciones que se les dan sobre su patología, empatía, etc. es decir a cuestiones estrictamente éticas, sociales y de comportamiento y no estrictamente científico-sanitarias, por ello una línea futura de investigación sería abordar estos factores y su estudio detallado, llegando a proponer nuevos modelos e incluso estructuras organizativas de la licenciaturas médicas, donde la ética y ciencias del comportamiento jugaran un papel predominante en la enseñanza.

Aspectos Éticos y Bioseguridad

Corresponde a una investigación sin riesgo según el artículo 17 del Reglamento De La Ley General De Salud en materia de investigación. Se enfatiza cuidar el anonimato la confidencialidad de la información según El Reglamento De La Ley General De Salud. El presente proyecto cuenta con la autorización del proyecto de investigación denominado “Calidad de la atención médica en los usuarios del programa de fortalecimiento de la atención médica 2016-2017.”, por parte de la coordinación estatal del Programa de Fortalecimiento de la Atención Médica (Congreso de la Unión, 2014).

Bibliografía

- Agrest, A. (2007). Calidad en la Atención Médica como recurso en la seguridad. *Academia Nacional de Medicina*, 2, 1–4. Recuperado a partir de <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>
- Aguirre Gas, H. (1991). Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, 33(6), 623–629. <https://doi.org/199133623-629>.
- Aguirre Gas, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud pública de México a*, 32, 170–180.
- Aguirre gas, H. (2002). La ética y la calidad de la atención médica. *Cirugía y Cirujanos*, 70(1), 50–54.
- Aguirre gas, H. G., Zavala Villavicencio, J. A., Hernández torres, F., & Fajardo Dolci, G. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugía y Cirujanos*, 78(5), 456–462.
- Allan, V., & Pezoa, M. Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes, *Research Criteria* 71 (2015).
- Avalos García, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte Sanitario*, 9(1), 9–19.

Cáceres, P. (2003). Análisis Cualitativo De Contenido: Una Alternativa Metodológica

Alcance. *Psico perspectivas*, vol. II, 53–82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3>

Cáliz Morales, A. P. (2016). Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), 1–9. Recuperado a partir de <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>

Campos Castolo, E. M., Carrillo Jaimes, A., & Zavala Su, E. (2008). Análisis crítico de quejas CONAMED. *Revista CONAMED*, 13(2), 5–16.

Carlos Ornelas, C. E., Montelongo Cortés, Y., & Najera Gallardo, M. del R. (2010). La Calidad del Servicio de un Centro de Información. *Conciencia Tecnológica*, 40, 5–9. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3664564>

Castro, A. (2016). Necesidad de evaluar los programas de formación de cirugía en Colombia Oración Maestros de la Cirugía Colombiana 2016. *Rev. Colomb Cir.*, 31(161), 4. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355547646002>

Cea D'Ancona, M. A. (2005). La senda tortuosa de la «calidad» de la encuesta. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 111, 75–103. Recuperado a partir de <http://reis.metapress.com/index/j926721227531712.pdf>

Coarasa, J., Das, J., & Hammer, J. (2014). Privado o público. *Salud Mundial*, 34–36.

Cortes, A., Flor, E., & Duque, G. (2002). Análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Experiencia en una clínica privada de nivel II-III. *Colombia Médica*, 33(2), 45–51.

Cote Estrada, L., Tena Tamayo, C., & Madrazo Navarro, M. (2013). *Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente Lilia*. Recuperado a partir de

[http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/08 Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención del paciente-Interiores.pdf](http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/08%20Buenas%20pr%C3%A1cticas%20en%20calidad%20y%20seguridad%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20paciente-Interiores.pdf)

Cuenca Ordoñez, L. M. (2016). *Nivel de satisfacción del usuario frente a la calidad de atención de salud en los consultorios externos del centro de salud de Huánuco*. Universidad de Huánuco.

Cuesta, M., & Herrero, F. J. (2009). 1. - Definición y conceptos previos (pp. 1–9). Recuperado a partir de <http://mey.cl/apuntes/muestrasunab.pdf>

D'Empaire, G. (2010). Calidad de la atención médica y principios éticos. *Acta Bioética*, 16(2), 127–132.

Delgado Quiroz, M., & Quincha Barzallo, M. (2003). Valoración De La Calidad De Vida, Mediante La Aplicación Del Test Sf-36V2 En Pacientes De La Fundación De Psoriasis De. *Dermatología Peruana*, 13, 172–184.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (2001). *Mejorando la calidad de la atención médica*.

Donabedian, A. (1990). La calidad de la atención médica, Definición y métodos de evaluación. *salud pública de México*, 32(2), 248–249.

Duarte, J. (2014). *Calidad de Servicio (Revisión de Corrientes Principales y Propuestas para Investigación Futura). Calidad del Servicio.*

Duque, E. (2014). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innovar*, 15(25), 64–80.

https://doi.org/http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_md/pos/MDL/AC/AM/AF/Revisión.pdf

Echeverría, G. (2005). Categorías. *Apuntes Docentes de Metodología de la Investigación*, 1.38.

Fajardo Dolci, G., & Hernández Torres, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud (Vol. 1).*
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Farrondo Costanzo, F., Barragán, S., Etchegoyen, G., & Paganini, J. (2016). Constitución de los equipos de salud de primer nivel. su impacto en el nivel de calidad de atención. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 6(2), 2016.

Fernandez Busso, N. (2008). *Calidad de la atención médica.*

Fernandez, F. (1976). Historia de la medicina. *Gaceta Médica de México*, 112, 250–276.

García Martínez, L. (2011). Curso de introducción a la metodología de la investigación (II). *Tipos de diseños de investigación*, (Ii), 1–17.

Garza Zurita, B. (2010). *Calidad de la Atención de la Salud.*

Gattinara, B., Lbacache, J., Puente, C., Giaconi, J., & Caprara, A. (1995). Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad. Saúde Públ*, 11(113), 425–438.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300018>

Girón, M., Beviá, B., Medina, E., & Talero, M. S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561–575.

<https://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500016>

González Medécigo, L., & Gallardo Díaz, E. (2012). Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 13(8), 1–15. Recuperado a partir de <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>

González Ramos, R. M., Fernández Pratts, M., González Longoria, M. de la C., Castro Bernal, C., Lezama Flores, G., Vaillard Jimenez, E., & Carrasco Gutiérrez, R. (2012). La calidad de la atención en salud. *Oral Suplemento*, 3, 9–19.

Granados Cosme, J. A., Tetelboin Henrion, C., Torres Cruz, C., Pineda Pérez, D., & Villa Contreras, B. M. (2011). Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. *Salud Publica de México*, 53(SUPPL. 4), 1–6.

Instituto Nacional de Salud. (2012). *Informe encuestas de satisfacción del usuario*.

Jarrillo Soto, E., Granados Cosme, A., Vértiz Ramírez, J., & Moreno Altamirano, A. (2012).

Evaluación Externa SICALIDAD 2012, 139. Recuperado a partir de

http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/reporte_completo_sicalidad_uam_x.pdf

Jasso Gutiérrez, L., Durán Arenas, L., Pérez Cuevas, R., Aranza Doniz, C. E., & Muñoz

Hernández, O. (2013). Evaluación integral de la calidad de atención médica de las

Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales financiadas por el Seguro Médico para una

Nueva Generación de México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70(6),

441–455.

Lagares, P., & Puerto, J. (2001). Población y muestra. Técnicas de muestreos. *Management*

Mathematics for European Schools, 1–19. <https://doi.org/10.4067/S0071->

17132000003500023

Lain, P. (1976). *P. Laín Entralgo Historia de la Medicina*.

London School of economic and political. (2015). *International Profiles of health Care Systems*.

López Morales, A. B., & Barrera Cruz, A. (2016). Enfermería basada en la evidencia y su

aplicación en el plan de cuidados de enfermería, 24(3), 161–162. Recuperado a partir de

[http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/177/265)

177/265

Martínez Ramírez, A., Van-Dick Puga, M. Á., Nápoles Rodríguez, F., Robles Uribe, J., Ramos

Ramos, A., & Villaseñor Urrea, I. (1996). Hacia una estrategia de garantía de calidad:

satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(3), 399–403. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000300013>

Matus Para, J. (1995). *Estadística descriptiva e inferencial*. Recuperado a partir de <https://books.google.com.co/books?id=RbaC-wPWqjsC>

México, C. de S. E. de. (2009). MESA No 12 CALIDAD COMPROMISOS. En *Calidad*.

Ministerios de Salud. (2010). *Norma de auditoria de la calidad de la atención médica*.

Molina Astúa, M., Quesada Mena, L. D., Ulate Gómez, D., & Vargas Abarca, S. (s/f). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 109–117. Recuperado a partir de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Morales Alarcon, E. (2012). *Calidad “la seguridad del paciente, infecciones nosocomiales”*.

Morales Cabello, E. (2015). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Revista Médica Herediana*, 12(3), 96. <https://doi.org/10.20453/rmh.v12i3.2391>

Navarrete Navarro, S., Delgado Gómez, A., Riebeling Navarro, C., López García, G. A., & Nava Zavala, A. (2013). La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.: Estudio bibliométrico. *Salud pública de México*, 55(6), 564–571. Recuperado a partir de <http://softwaredocumental.org/repositorio/Texto-completo/2013 - Navarrete Navarro et al. - La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.pdf%5Cnhttp://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002917>

Paganini, J. M. (2014). *Salud y Atención en el Adulto Mayor*. Universidad Nacional de la Plata.

Pera Isla, M. P. (2016). Libro de ponencias del VII Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. *Universitat de Barcelona*, 1–5.

Pezoa, M. (2013). *Satisfacción y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria*.

Pezoa, M. (2011). *Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos*.

Pimienta Lastra, R. (2003). Encuestas probabilísticas vs no probabilísticas. *Rev. Epidem. Med. Prev.* Recuperado a partir de http://servicios.unach.mx/blogs/vicente_castro/files/2012/08/Tipos_Muestreo.pdf

Priego Álvarez, H. R. (2015). *Mercadotecnia en Salud Aspectos básicos y Operativos* (4ta ed.). Tabasco.

Ramírez Sánchez, T. de J., & Rosales López, L. M. A. (2015). Editorial Calidad y seguridad del paciente Patient quality and safety. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 23(3), 133–4.

Ramírez, A. M., García, J., & Fraustro, S. (1995). Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana. *Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 11(3), 456–462.

Ramos Domínguez, B. N. (2005). Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(3), 0.

Reyes Morales, H., Flores Hernández, S., Saucedo Valenzuela, A. L., Vértiz Ramírez, J. D. J.,

Juárez Ramírez, C., Wirtz, V., & Pérez Cuevas, R. (2013). Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública Mex*, 55(3), 3–8.

Rivera Buendía, F., Bello Chavolla, O., Zubieta Zavala, A., Hernández Ramírez, L., Zepeda

Tena, C., & Durán Arenas, L. (2015). Evaluación de la implementación del programa SiCalidad en México. *Salud Pública de México*, 57(4), 329–334. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Roldán, P., Vargas, C. R., Giraldo, C. P., Esperanza Valencia, G., Garcia, L. C., & Salamanca, L.

M. (2014). Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *Colombia Médica*, 32(1), 14–18. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10893/6894%5Cnhttp://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6894>

Roseira, C. E., Silva, D. M. da, Passos, I. P. B. D., Orlandi, F. S., Padoveze, M. C., &

Figueiredo, R. M. de. (2016). Diagnosis of compliance of health care product processing in Primary Health Care. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1439.2820>

Ruggeri, K., Záliš, L., Meurice, C., Hilton, I., Ly, T. L., & Hinrichs, S. (2015). Evidence on

global medical travel. *Policy & Practice Global Medical Travel*, 93, 6–17. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.146027>

Ruiz, M. (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *salud pública de México*, 32(2), 156–169.

Salas Perea, R. (2000). La Calidad en el desarrollo profesional. *Rev. Cubana Educ Med Super*, 14(2), 136–147.

Salazar, S. (2016). *Creación e implementación de la Unidad de Gestión de la Calidad en el Hospital*. Universidad San Francisco de Quito.

Sanchez, I. (2005). *Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hidalgo*.

Secretaria de salud. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012 Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD*.

Secretaria de salud. (2015). *Información Estratégica de Programas Federales*.

Secretaria de salud. (2016). Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica. Recuperado a partir de <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-fortalecimiento-a-la-atención-médica-antes-unidades-médicas-moviles?state=published>

Secretaria de Salud. (2013). *INDIC a S V. Ii*.

Secretaria de salud. Secretaria de salud subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud dirección general de calidad y educación en salud encuesta de percepción para usuarios en unidades médicas acreditadas (2011).

Calidad de la Atención en el Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria de Hidalgo, 2016-2017

Secretaría de salud. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (2009). Recuperado a partir de

http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/boletin/boletin_026.pdf

Secretaría de salud. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD subsecretaría de

innovación y calidad, Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD subsecretaría de innovación y calidad 108 (2012).

Servicio Murciano de Salud. (2014). Información sobre la asistencia recibida en su centro de salud o consultorio.

Silva, N., & Rosa, F. (1996). *Es salud y participación: análisis del campo de la comunicación y salud en Brasil*.

Sociedad Argentina para la Calidad en Atención en Salud. (2012). *Manual de Indicadores de Calidad*.

Sosa García, J. O., Nieves Hernández, P., Puentes Rosas, E., Pineda Pérez, D., Viniegra Osorio, A., Torres Arreola, P., ... Ramírez López, C. (2016). Experiencia del Sistema Nacional de Salud Mexicano. *Cirugía y Cirujanos*, 84(2), 173–179.

<https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.12.003>

SSA. (2013). Convenio Aval ciudadano.pdf.

Suño, R., & Net, A. (1991). La Calidad de la Atención. *Ponències i Jornades*, (3), 1–13.

https://doi.org/http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

Sutton Hamui, L., García Fuentes, R., Hernández Aguirre, R., & Ramirez de la Roche, O. F.

(2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica.*

Unión, C. de diputados del H. C. de la. SiCalidad, acuerdo por el que la secretaria de salud da a conocer las reglas de operación 2011 del programa sistema integral de calidad en Salud (2011).

Unión, C. de diputados del H. C. de la. Ley general de salud (2016). México.

<https://doi.org/10.1016/j.preghy.2012.01.001>

Unión, C. de diputados del H. C. de la. Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Médica, Diario Oficial de la Federación 14–49 (2014).

Valenzuela, P., & Pezoa, M. (2015). Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud, 1–150.

Varguillas, C. (2006). El uso de ATLAS.TI y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido UPEL. Instituto Pedagógico Rural El Mácaro. *Laurus. Revista de Educación*, 73–87. Recuperado a partir de https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Varguillas.pdf

Vela Neri, R., & Aguirre gas, H. G. (2008). *Calidad de la atención médica. salud pública de México.*

Vicuña, M. (2002). Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *Anales de la Facultad de Medicina, UNMSM*, 63, N°1 (ISSN 1025-5583), 40–50. Recuperado a partir de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1476/1259>

World Health Organization. (2016). *Salud*. Recuperado a partir de <http://www.who.int/topics/es/>

World Medical Association. Declaración de la AMM sobre Normas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica (2009). Recuperado a partir de [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/g10/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/g10/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])

Zaragoza, E. (2015). Aplicación del modelo de calidad del servicio Servqual en el área de recursos humanos de la empresa National Car Rental en México. *Trabajo de obtención de grado, Maestría en Administración. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO*. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/11117/3422%0AEste>

Zavala Villavicencio, J. A., & Campos Castolo, E. M. (2012). Recommendations for preventing medical error, *17*, 30–44.

Zerbato, C., & Duarte, R. (2008). *o Brasil sob o olhar do outro no contexto da Integração Sul-americana: perspectivas e desafios. Perspectivas e desafios*.

Anexos

Anexo 1

Encuesta SiCalidad. (página 1-6)

Anexo 2

Concentrado de Códigos, Citas y Memos del análisis por el software ATLAS.ti. (página 1-21)

e) CUESTIONARIO

(P1) Fecha de Elaboración: ___/___/___ (P2) Folio: _____ (P3) Estado: _____ (P4) Jurisdicción _____
día / mes/ año
 (P5) CLUES de la unidad: _____ (P6) Nombre de la Unidad _____
 (P7) Tipo de Unidad: _____ 01 Atención primaria (P8) Área: _____ 01 Urbana (P9) Status de Acreditación: _____ 01. Acreditada
 02 Hospitalización 02 Rural 02. No acreditada
 (P10) Año de acreditación _____ 200 _____

“Mi nombre es _____ vengo de (**institución de referencia**), estamos realizando una encuesta para conocer su opinión acerca mejoras percibidas en los últimos dos años y de la calidad de la atención que se le brinda en esta unidad. La información que me proporcione es muy importante para darle un mejor servicio, siendo su entrevista confidencial y anónima”.

Datos del entrevistado		Entrevistado									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(P11) Turno de atención	01 Matutino 02 Vespertino 03 Nocturno 04 Jornada Especial										
(P12) Género	01 Mujer 02 Hombre										
(P13) Usuario al que se le aplica el cuestionario	01 Paciente 02 Familiar 03 Acompañante										
(P14) Edad	01 De 16 a 20 02 De 21 a 30 03 De 31 a 50 04 De 51 a 60 05 Más de 61										
(P15) Afiliación al Seguro Popular	01 Si 02 No										
I. Conocimiento de Status de Acreditación		Entrevistado									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(P16) ¿Sabe usted si esta unidad está acreditada?	01 Si 02 No 03 No contestó										
(P17) ¿Ha acudido a esta unidad en los últimos dos años?	01 Si 02 No 03 No contestó										
(P18) ¿En los últimos dos años, usted ha percibido mejoras en la unidad?	01 Si 02 No 03 No contestó										
Conocimiento de acreditación	(P19) De las siguientes mejoras, conteste SI o No según su respuesta: (MARQUE CON UNA X CADA RESPUESTA CONTESTADA DE MANERA AFIRMATIVA).	Ha percibido mejoras en:									
		1. En la Imagen de la unidad									
		2. En la limpieza de la unidad									
		3. En la existencia de más médicos									
		4. En la existencia de más enfermeras									
		5. En la existencia de más medicamentos									
		6. En la construcción o remodelación de la unidad									
		7. En la comodidad de las instalaciones									
	8. En un mejor servicio										

ANEXO 1

			Entrevistado											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(P20) En los últimos 2 años ¿ha mejorado su confianza en el personal de salud?	01 Si 02 No 03 No contestó													
(P21) En los últimos 2 años ha mejorado la cantidad de medicamentos surtidos de su receta?	01 Si 02 No 03 No contestó													
“CONTESTE RESPECTO A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL DÍA DE HOY”														
1. Trato digno			Entrevistado											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(P22) La atención del médico respecto al trato digno y respetuoso para usted fue	01 Muy buena 02 Buena 03 Regular 04 Malo 05 Muy malo 06 No contestó													
(P23) La atención de la enfermera respecto al trato digno y respetuoso para usted fue	01 Muy bueno 02 Bueno 03 Regular 04 Mala 05 Muy mala 06 No contestó													
(P24) El trato que recibió usted en esta unidad fue	01 Muy bueno (Pase P25) 02 Bueno (Pase P25) 03 Regular 04 Malo 05 Muy malo 06 No contestó													
(P25) En que áreas del servicio el personal no le proporciono un trato digno:	01 Recepción-Admisión 02 Archivo clínico 03 Área Médica 04 Enfermería 05 Trabajo Social 06 Laboratorio 07 Rayos X 08 Farmacia 09 Caja 10 Vigilancia 11 Otras													
(P26) Considera usted que se respetaron sus derechos durante su visita o estancia en el establecimiento medico	01 Si 02 No 03 No contestó													
2. Comunicación-Información			Entrevistado											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(P27) ¿Conoce el nombre del médico que le ha tratado?	01 Si 02 No 03 No contestó													
(P28) ¿El personal de salud que le ha atendido estaba correctamente identificado?	01 Si 02 No 03 No contestó													
(P29) El médico le permitió hablar sobre su estado de salud	01 Si 02 No 03 No contestó													
(P30) ¿El médico que le atendió conocía y tuvo acceso a su expediente clínico?	01 Si 02 No lo conocía 03 No apareció mi expediente clínico 04 No tenía expediente clínico, es la primera vez que asisto. 05 No sabe / no contestó													
(P31) El médico le explicó sobre su estado de salud o padecimiento	01 Si 02 No 03 No contestó													

(P32) ¿El médico le proporcionó información sobre el tratamiento que debe de seguir?	01 Si 02 No 03 No contestó																			
(P33) ¿La enfermera le explicó sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio?	01 Si 02 No 03 No contestó																			
(P34) La información que le proporcionó el médico. ¿Cómo la considera usted?	01 Muy clara 02 Clara 03 Regular 04 Confusa 05 No recibió información 06 No contestó																			
(P35) ¿Alguna vez ha presentado alguna queja en esta unidad?	01 Si 02 No 03 No sé como presentar una queja 04 No hay un mecanismo de quejas en la unidad 05 No contestó																			
(P36) ¿Obtuvo respuesta satisfactoria a su queja?	01 Si 02 No 03 No contestó																			
(P37) Le informaron durante su visita al establecimiento médico sobre los derechos generales de los pacientes	01 Si 02 No 03 No contestó																			
3. Lista y tiempo de espera: atención pronta		Entrevistado																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
(P38) Para la consulta del día de hoy: (Puede contestar más de una opción)	01 Tuvo que pedir ficha 02 Realizó cita por teléfono 03 Tenía cita previa 04 No hay cita previa en la unidad 05 No contestó																			
(P39) ¿Cuánto tiempo pasó desde la hora en que le entregaron su ficha o que tenía agendada su cita, hasta que pasó a la consulta médica?	01 Menos de 30 minutos 02 De 31 a 50 minutos 03 De 51 a 90 minutos 04 De 1hr. 30min a 3hrs. 05 Más de tres horas. 06 No sabe / no contestó																			
(P40) Con el tiempo que esperó para pasar a consulta, quedo usted	01 Muy satisfecho 02 Satisfecho 03 Más o menos satisfecho 04 Insatisfecho 05 Muy insatisfecho 06 No contestó																			
(P41) Si utilizó algún servicio de diagnóstico, ¿Con el tiempo que esperó para pasar a los servicios de laboratorio, rayos X o imagenología de la unidad, quedo usted?	01 Muy satisfecho 02 Satisfecho 03 Más o menos satisfecho 04 Insatisfecho 05 Muy insatisfecho 06 No contesto 07 No aplica																			
APLICA SOLO EN HOSPITALES																				
(P42) ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que solicito su cita de especialidad hasta que se la dieron?	01 Menos de 30 días 02 De 31 a 90 días 03 De 91 a 180 días 04 De 181 a 365 días 05 más de 365 días 06 No aplica																			
4. Privacidad		Entrevistado																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
(P43) ¿Durante su revisión o realización de alguna prueba, el personal lo hizo en privado?	01 Si 02 No 03 No contestó																			

5. Surtimiento de Medicamentos		Entrevistado									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(P44) En su consulta, ¿El médico le recetó algún medicamento?	01 Si 02 No (Pase a P45) 03 No sabe / no contestó										
(P45) No. de medicamentos recetados											
(P46) No. de medicamentos surtidos completos											
(P47) Si no encontró uno o más medicamentos en la farmacia: 01 Lo(s) comprará en una farmacia privada y los pagará de su bolsillo 02 Lo(s) buscará en una farmacia privada pero la Unidad o el Seguro Popular pagará el costo de los medicamentos 03 Volverá a buscarlo(s) en la farmacia de la unidad en los próximos días 04 No lo(s) va a comprar 05 Suspenderá el tratamiento 06 Regresará a que el médico le recete otro medicamento 07 No sabe / no contestó											
(P48) Con la cantidad de medicamentos que le entregaron ¿Usted quedó?	01 Muy Satisfecho 02 Satisfecho 03 Más o menos satisfecho 04 Insatisfecho 05 Muy Insatisfecho 06 No contestó										
(P49) Qué opina sobre la información que el médico le proporciono sobre los medicamentos que le prescribió:	01 Suficiente 02 Incompleta 03 Insuficiente 04 No me proporciono información 05 06 No sabe / no contestó										
6. Confort-Seguridad		Entrevistado									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(P50) Cómo consideró la comodidad de las instalaciones (acceso a discapacitados, ventilación, iluminación, mobiliario, señalización, superficie y pintura) en las siguientes áreas: a. Salas de espera b. Baños c. Consultorios d. Laboratorio e. Rayos X	01 Muy bueno	a.									
	02 Bueno	b.									
	03 Regular	c.									
	04 Malo	d.									
	05 Muy malo	e.									
	06 No contestó										
	07 No aplica										
(P51) Cómo consideró la limpieza en las siguientes áreas: a. Sala de espera b. Baños c. Consultorios d. Laboratorio e. Rayos X	01 Muy bueno	a.									
	02 Bueno	b.									
	03 Regular	c.									
	04 Malo	d.									
	05 Muy malo	e.									
	06 No contestó										
	07 No aplica										
(P52) Cómo consideró los insumos (papel de baño, toallitas, gel y jabón) en las siguientes áreas: a. Sala de espera b. Baños c. Consultorios d. Laboratorio e. Rayos X	01 Muy bueno	a.									
	02 Bueno	b.									
	03 Regular	c.									
	04 Malo	d.									
	05 Muy malo	e.									
	06 No contestó										
	07 No aplica										
(P53) Qué tan seguras o insegura considera la unidad médica en cuanto a: a. Vigilancia b. Instalaciones	01 Muy segura	a.									
	02 Segura	b.									
	03 Ni segura ni insegura										
	04 Insegura										
	05 Muy insegura										
	06 No sabe / no contestó										

7. Satisfacción del Servicio en General		Entrevistado									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(P54) Si algún familiar o amigo tuviera que pedir consulta, ¿recomendaría esta unidad?		01 Si (Pase a P55) 02 No 03 No contestó									
(P55) ¿Por qué no recomendaría a esta unidad?		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01 Lo trataron mal 02 Espero mucho tiempo 03 No estuvo de acuerdo con el diagnóstico y/o tratamiento	04 No le informaron adecuadamente 05 No le suministraron los medicamentos 06 Otro (especifique) 07 No sabe / no contestó										
(P56) En general, ¿qué tan satisfecho está con la atención médica que recibió en la unidad médica?		01 Muy satisfecho 02 Satisfecho 03 Más o menos satisfecho 04 Insatisfecho 05 Muy insatisfecho 06 No sabe / no contestó									
8. Confianza servicios públicos de salud		Entrevistado									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(P57) Que confianza tiene usted en los establecimientos públicos de salud en general		01 Mucha confianza 02 Confianza 03 Poca confianza 04 Nada de confianza 05 No sabe / no contestó									

Nombre del Responsable del Levantamiento de la Encuesta: _____



Sello del establecimiento

ANEXO 2

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:1 [Pues hasta ahorita nos sentimos..] (1:1202-1:1249) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad]

Memo: [CAL1]

Pues hasta ahorita nos sentimos bien con ellos

Memo:

MEMO: CAL1 (Super, 2017-05-25 12:55:31)

Tipo: Comentario

En este caso el usuario interpreta que la calidad percibida es satisfactoria, ya que la mayoría de las integraciones son positivas.

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:2 [Si me gusta el programa, pero ..] (1:1258-1:1368) (Super)

Códigos: [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL1]

Si me gusta el programa, pero a veces no nos avisan que día va a presentarse la caravana y nos confundimos.

Memo:

MEMO: CAL1 (Super, 2017-05-25 12:55:31)

Tipo: Comentario

En este caso el usuario interpreta que la calidad percibida es satisfactoria, ya que la mayoría de las integraciones son positivas.

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:3 [Pues el medico es un poquito c..] (1:1376-1:1450) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [TD1]

Pues el médico es un poquito corajudo, me gustaba más cuando estaba usted

Memo:

MEMO: TD1 (Super, 2017-05-25 13:00:21)

Tipo: Comentario

Con respecto se vio alterado con el médico ya que aunque percibió una atención con respeto la actitud del médico no fue placentera con el usuario, no hubo empatía con el médico

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:4 [Si, ella es muy tranquila y no..] (1:1520-1:1569) (Super)

Códigos: [Área de Enfermería - Familia: Área] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si, ella es muy tranquila y no me ha tratado mal

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:5 [Si.] (1:1577-1:1579) (Super)

Códigos: [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si.

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:6 [No] (1:1584-1:1585) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

No

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:7 [No] (1:1590-1:1591) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

No

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:8 [S] (1:1599-1:1599) (Super)

Códigos: [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

S

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:9 [No] (1:1611-1:1612) (Super)

Códigos: [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [MED1]

No

Memo:

MEMO: MED1 (Super, 2017-05-25 12:58:34)

Tipo:Comentario

La usuario recibio todo el insumo que presentaba su receta por lo que al obtener esto se siente satisfecha.

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:10 [Pues para mí es muy buena onda.] (@314-@279) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Pues para mí es muy buena onda, y si no llegamos a asistir al taller nos pone nuestra asistencia.

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:11 [Si se integran los 3 con la co..] (1:1722-1:1847) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si se integran los 3 con la comunidad, la enfermera se aparta. pero el promotor y el doctor si están en cualquier programa

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:12 [Considero que es difícil porqu..] (1:1856-1:1918) (Super)

Códigos: [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [INT1]

Considero que es difícil porque no saben bien que día vienen.

Memo:

MEMO: INT1 (Super, 2017-05-25 13:03:08)

Tipo:Comentario

En este caso la usuaria refiere que la unidad medica se encuentra integrada aun que, de los integrante realmente es el promotor el mas involucrado con comunidad

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:13 [Al promotor y a la enfermera p..] (1:1926-1:2046) (Super)

Códigos: [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Al promotor y a la enfermera porque a la doctora no la eh tratado, pero siento que no se ha integrado a la comunidad.

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:14 [17.- ¿Usted considera que la c..] (@671-@631) (Super)

Códigos: [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

17.- ¿Usted considera que la caravana los trata bien?

- En lo personal considero que si

P 1: GRABACION 1.pdf - 1:15 [El promotor, es con el que me ..] (2:310-2:358) (Super)

Códigos: [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CONF1] [INT1]

El promotor, es con el que me siento más cómoda

Memo:

MEMO: CONF1 (Super, 2017-05-25 12:57:09)

Tipo:Comentario

La usuaria se siente con confianza para acudir a consulta aunque esta mas integrada con el promotor de salud.

MEMO: INT1 (Super, 2017-05-25 13:03:08)

Tipo:Comentario

En este caso la usuaria refiere que la unidad medica se encuentra integrada aun que, de los integrantes realmente es el promotor el mas involucrado con comunidad

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:1 [Pues bien, a mí me ha apoyado ..] (1:216-1:250) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [MED3]

Pues bien, a mí me ha apoyado mucho

Memo:

MEMO: MED3 (Super, 2017-05-25 13:23:46)

Tipo:Comentario

En este caso el usuario no recibio su medicamento completo pero de todas formas por la confianza y la calidad de atencion asi como la empatia con el personal se siente satisfecha con la atencion percibida

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:2 [Le ha gustado el programa? USU..] (1:269-1:314) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL3] [MED3]

Le ha gustado el programa?

USUARIO: Sí, mucho

Memo:

MEMO: CAL3 (Super, 2017-05-25 13:29:12)

Tipo:Comentario

La usuaria se siente satisfecha con la calidad percibida, y contando que el insumo no se entrego de forma completa. lo cual aparentemente no modifiko la calidad percibida

MEMO: MED3 (Super, 2017-05-25 13:23:46)

Tipo:Comentario

En este caso el usuario no recibio su medicamento completo pero de todas formas por la confianza y la calidad de atencion asi como la empatia con el personal se siente satisfecha con la atencion percibida

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:3 [Se ha sentido cómoda con el pr..] (1:333-1:381) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

Memo: [CAL3] [MED3]

Se ha sentido cómoda con el programa?

USUARIO: S

Memo:

MEMO: CAL3 (Super, 2017-05-25 13:29:12)

Tipo:Comentario

La usuaria se siente satisfecha con la calidad percibida, y contando que el insumo no se entrego de forma completa. lo cual aparentemente no modifiko la calidad percibida

MEMO: MED3 (Super, 2017-05-25 13:23:46)

Tipo:Comentario

En este caso el usuario no recibio su medicamento completo pero de todas formas por la confianza y la calidad de atencion asi como la empatia con el personal se siente satisfecha con la atencion percibida

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:4 [Cuando usted pasa a la atención..] (1:400-1:529) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL3]

Cuando usted pasa a la atención médica, con la

médica, ¿Cómo se ha sentido con ellos?

USUARIO: Bien, porque me han atendido bien

Memo:

MEMO: CAL3 (Super, 2017-05-25 13:29:12)

Tipo:Comentario

La usuaria se siente satisfecha con la calidad percibida, y contando que el insumo no se entregó de forma completa. lo cual aparentemente no modifico la calidad percibida

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:5 [Le han faltado al respeto, o a..] (1:548-1:600) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Le han faltado al respeto, o algo?

USUARIO: No nunca

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:6 [Toda la información que usted ..] (1:669-1:798) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Toda la información que usted necesita, se la han proporcionado?

USUARIO: Si pero me gustaría que nos explicara un poco mejor

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:7 [Cuando le dan su receta, ¿le s..] (1:817-1:985) (Super)

Códigos: [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL3] [MED3]

Cuando le dan su receta, ¿le surten todo el medicamento? O ¿le falta medicamento?

USUARIO: Pues, cuando hay si me lo dan, y si no hay pues ya yo lo tengo que buscar

Memo:

MEMO: CAL3 (Super, 2017-05-25 13:29:12)

Tipo:Comentario

La usuaria se siente satisfecha con la calidad percibida, y contando que el insumo no se entregó de forma completa. lo cual aparentemente no modifico la calidad percibida

MEMO: MED3 (Super, 2017-05-25 13:23:46)

Tipo:Comentario

En este caso el usuario no recibió su medicamento completo pero de todas formas por la confianza y la calidad de atención así como la empatía con el personal se siente satisfecha con la atención percibida

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:8 [, ¿Cuándo pasa con la enfermera..] (1:1004-1:1191) (Super)

Códigos: [Área de Enfermería - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

, ¿Cuándo pasa con la enfermera?

USUARIO: Pues me han atendido bien

ENTREVISTADOR: ¿Le ha gustado su trato?

USUARIO: si

ENTREVISTADOR: ¿Le proporcionan toda la información?

USUARIO: S

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:9 [Y con el promotor? USUARIO: Ta..] (1:1211-1:1492) (Super)

Códigos: [Área de Promoción - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y con el promotor?

USUARIO: También, no se ha negado a decirme nada, al contrario, él ha sido buena gente, nos ha explicado y nos ha dicho hasta lo último que tenemos dudas, o si nos quedamos con dudas es porque no pregunta uno, pero yo al menos me he sentido bien con ello

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:10 [Con respecto a que los muchach..] (1:1512-1:1726) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Con respecto a que los muchachos están aquí, ¿usted considera que son parte de su comunidad?

USUARIO: Si

ENTREVISTADOR: Y ¿Quién considera que sea más parte de su comunidad de los tres?

USUARIO: El promotor

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:11 [¿El promotor? ¿Él es el que es..] (2:16-2:264) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿El promotor? ¿Él es el que está más integrado?

USUARIO: Si

ENTREVISTADOR: Entonces cuando usted tiene un problema o sus familiares tienen un problema de salud, ¿con, o a quien se dirige usted con mayor facilidad?

USUARIO: Con el promotor

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:12 [on respecto a la atención que ..] (2:284-2:504) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

on respecto a la atención que le proporcionan, ¿para usted es buena?

USUARIO: Sí, no he tenido ningún problema.

ENTREVISTADOR: Si usted tuviera el poder de cambiar algo de la caravana o del programa, ¿Qué cambiaría?

P 2: GRABACION 10.pdf - 2:13 [La información que le proporci..] (2:611-2:1240) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

La información que le proporciona el programa como tal ¿le gusta? O ¿cambiaría alguna parte de la información?

USUARIO: No

ENTREVISTADOR: ¿Usted ha presentado alguna queja sobre el programa?

USUARIO: No, nunca.

ENTREVISTADOR: ¿Ha sabido de alguien que presente alguna queja?

USUARIO: No

ENTREVISTADOR: Entonces, ¿le ha gustado el programa como

tal?

USUARIO: Sí, me ha gustado mucho el programa, y toda la información que nos dan, los talleres, y los relajos

ENTREVISTADOR: Pero ¿no se ha sentido incomoda con el programa?

USUARIO: No, nada que ver de inconformidades.

ENTREVISTADOR: Bueno, eso sería todo

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:1 [Para iniciar yo ya tengo mucho..] (1:883-1:1070) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integración - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CONF2]

Para iniciar yo ya tengo muchos años con el programa y eh visto cómo ha evolucionado y gracias a ellos tengo dos hijos universitarios y el programa para mí ha sido un gran apoyo.

Memo:

MEMO: CONF2 (Super, 2017-05-25 13:06:53)

Tipo:Comentario

En este caso el usuario se siente agusto y una alta estima al programa y al personal

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:2 [Si yo no tengo queja de ninguno.] (1:1075-1:1219) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL2] [TD2]

Si yo no tengo queja de ninguno de los que han pasado, y creo que el servicio se nos ha brindado muy bien y es un apoyo para la comunidad

Memo:

MEMO: CAL2 (Super, 2017-05-25 13:18:02)

Tipo:Comentario

La calidad percibida por la usaria esta realcionada con el insumo y el trato que percibe

MEMO: TD2 (Super, 2017-05-25 13:10:27)

Tipo:Comentario

Aqui el usuario se refiere con buena atención por parte de la medica, que si le presta una buena atención no menciona si hay alguna queja y nota gran estima a la misma

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:3 [Pues muy bien, atiende bien en..] (1:1224-1:1269) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL2] [TD2]

Pues muy bien, atiende bien en las consultas

Memo:

MEMO: CAL2 (Super, 2017-05-25 13:18:02)

Tipo:Comentario

La calidad percibida por la usaria esta realcionada con el insumo y el trato que percibe

MEMO: TD2 (Super, 2017-05-25 13:10:27)

Tipo:Comentario

Aqui el usuario se refiere con buena atención por parte de la medica, que si le presta una buena atención no menciona si hay alguna queja y nota gran estima a la misma

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:4 [Yo creo que su trabajo lo está..] (1:1275-1:1323) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [TD3]

Yo creo que su trabajo lo está

haciendo muy bien

Memo:

MEMO: TD3 (Super, 2017-05-25 13:34:33)

Tipo:Comentario

El trato digno es buen factor para esta usuaria ya que refiere que los 3 integrantes la han tratado muy bien

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:5 [Igual la enfermera es muy aten..] (1:1328-1:1379) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [TD3]

Igual la enfermera es muy

atenta con sus pacientes

Memo:

MEMO: TD3 (Super, 2017-05-25 13:34:33)

Tipo:Comentario

El trato digno es buen factor para esta usuaria ya que refiere que los 3 integrantes la han tratado muy bien

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:6 [Sus pláticas están muy bien, y..] (1:1384-1:1454) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CONF3]

Sus pláticas están muy bien, y

él ya es más relajado a cuando

llego

Memo:

MEMO: CONF3 (Super, 2017-05-25 13:31:15)

Tipo:Comentario

Con respecto a la confianza de la usuaria hacia el personal y el programa es alta, y percibe que tiene la confianza de acudir con ellos en cualquier momento aun que el de mayor relacion es con el promotor de salud

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:7 [En lo personal si eh recibido ..] (1:1460-1:1509) (Super)

Códigos: [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [CAL2] [CONF3]

En lo personal si eh recibido

todo el medicament

Memo:

MEMO: CAL2 (Super, 2017-05-25 13:18:02)

Tipo:Comentario

La calidad percibida por la usuaria esta relacionada con el insumo y el trato que percibe

MEMO: CONF3 (Super, 2017-05-25 13:31:15)

Tipo:Comentario

Con respecto a la confianza de la usuaria hacia el personal y el programa es alta, y percibe que tiene la confianza de acudir con ellos en cualquier momento aun que el de mayor relacion es con el promotor de salud

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:8 [Si nos dan la información corr..] (1:1515-1:1549) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Area de Promocion - Familia: Area] [Area Medica - Familia: Area] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [TD3]

Si nos dan la información

correcta

Memo:

MEMO: TD3 (Super, 2017-05-25 13:34:33)

Tipo:Comentario

El trato digno es buen factor para esta usuaria ya que refiere que los 3 integrantes la han tratado muy bien

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:9 [Ninguno, porque la atención la..] (1:1554-1:1598) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [TD3]

Ninguno, porque la atención la brindan bien

Memo:

MEMO: TD3 (Super, 2017-05-25 13:34:33)

Tipo:Comentario

El trato digno es buen factor para esta usuaria ya que refiere que los 3 integrantes la han tratado muy bien

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:10 [Que ya estuvieran como planta ..] (1:1606-1:1673) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Que ya estuvieran como planta de salud la enfermera y la doctora

P 3: GRABACION 2.pdf - 3:11 [Yo considero que si] (1:1705-1:1723) (Super)

Códigos: [Integración - Familia: Elementos de Calidad]

Memo: [INT2]

Yo considero que si

Memo:

MEMO: INT2 (Super, 2017-05-25 13:15:34)

Tipo:Comentario

Aquí refiere la usuaria que los tres elementos de la unidad están integrados pero en especial con el promotor

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:1 [-Si, porque ya sabemos quiénes..] (1:1006-1:1080) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Integración - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

-Si, porque ya sabemos quiénes son los que vienen, y antes nos cambiaban.

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:2 [-Si, y no le gustaría que camb..] (1:1092-1:1213) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

-Si, y no le gustaría que cambiara algo porque se enfoca en muchas cosas.
6.-En lo personal, el promotor y la enfermera

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:3 [-Bueno si, pero es algo fría. ..] (1:1218-1:1280) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad]

No memos

-Bueno si, pero es algo fría.
8.-Si siento que es muy cortante

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:4 [Si se me ha entregado todo el ..] (1:1348-1:1390) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si se me ha entregado todo el medicamento

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:5 [-Pues yo digo que más que nada..] (1:1396-1:1525) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

-Pues yo digo que más que nada la información en las fechas en que van a llegar y que avisen con tiempo que no van a llegar.

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:6 [Yo digo que sí, en lo personal..] (2:432-2:508) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integración - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Yo digo que sí, en lo personal yo ya lo viví con ellos.

14.-Yo digo que si

P 4: GRABACION 3.pdf - 4:7 [-El promotor] (2:514-2:525) (Super)

Códigos: [Área de Promoción - Familia: Área] [Integración - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

-El promotor

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:1 [Pues no, hasta ahorita todo a ..] (1:1045-1:1085) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Pues no, hasta ahorita todo a estado bien

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:2 [Pues la atención, es buena mie..] (1:1092-1:1163) (Super)

Códigos: [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Pues la atención, es buena mientras sea del promotor o de la enfermera

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:3 [Con la doctora casi no, pero c..] (1:1170-1:1234) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integración - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Con la doctora casi no, pero con la enfermera y el promotor sí.

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:4 [No, si no que nunca eh acudido..] (1:1240-1:1321) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

No, si no que nunca eh acudido a una consulta con ella y pues es un poco cortada

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:5 [Pues si me receto medicamento,..] (1:1328-1:1380) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Pues si me receto medicamento, pero no revisa bien.

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:6 [No me entregaron todo porque n..] (1:1386-1:1492) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

No me entregaron todo porque no hay y ya lleva tiempo sin a ver medicamento, cada mes hay que

comprarlo

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:7 [Si con la enfermera si me ha g..] (1:1500-1:1597) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si con la enfermera si me ha gustado la atención, me explica y no tengo ninguna queja con ella

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:8 [A veces pero en general si me ..] (1:1605-1:1704) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

A veces pero en general si me gusta la atención porque nosotros cumplimos el también nos cumple.

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:9 [Si me siento cómoda con él por..] (1:1711-1:1794) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si me siento cómoda con él porque lleva el tiempo que yo llevo aquí en el programa

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:10 [En parte si y en parte no, por..] (1:1803-1:1997) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

En parte si y en parte no, porque los que tiene el programa tienen el apoyo y para los que no lo tienen. El promotor es el más integrado porque siempre nos apoya, la enfermera solo en lo de

P 5: GRABACION 4.pdf - 5:11 [- Pues tener más comunicación ..] (2:207-2:369) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

- Pues tener más comunicación con la doctora y que ella se integre más con las personas y que se integren más a la comunidad, nunca me han faltado al respeto

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:1 [Al principio me parecía un tan..] (1:344-1:559) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Al principio me parecía un tanto tedioso, porque realmente al principio creí que eran pláticas o talleres, pero había mucho desorden. Pero ahora me gustan más, ya que llevan un mejor control de los talleres

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:2 [Con respecto a la caravana, ¿!..] (1:578-1:922) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Con respecto a la caravana, ¿le ha gustado la atención que le han brindado o ha tenido algún tipo de problema?

Usuario En general, me agrada la atención. Sin embargo, creo que con la nueva doctor se ha perdido un poco confianza que ya tenía con el doctor anterior, ya que muestra un profesionalismo, pero suele ser muy cortante

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:3 [Y cuando acude a la atención m..] (1:940-1:1115) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y cuando acude a la atención médica, ¿el doctor le brinda toda la información necesaria?

Usuario Este último año no, solo cuando yo la solicito o realizo alguna pregunta

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:4 [Y con la enfermera? Usuario Co..] (1:1135-1:1372) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Area de Promocion - Familia: Area] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y con la enfermera?

Usuario Con la enfermera es diferente, creo que con ella ha sido mejor, ya que a veces nos da información adicional que nos es muy útil. E incluso, a veces acudimos más a consulta con ella que con el doctor

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:5 [Y con respecto al promotor, ¿c..] (1:1390-1:1602) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y con respecto al promotor, ¿cómo se ha sentido?

Usuario Ahora ya explica más las cosas y suele tener muy buenas ideas, sin embargo, creo que necesita ser un poco más organizado, ya que a veces no realiza

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:6 [Y cuando acude a la atención m..] (2:49-2:230) (Super)

Códigos: [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y cuando acude a la atención médica, le han proporcionado todo el medicamento o le ha faltado alguno?

Usuario Sí, a veces me dan la mayoría de los medicamentos que nos recetan

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:7 [¿Usted considera que la carava..] (2:248-2:455) (Super)

Códigos: [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Usted considera que la caravana está integrada con la comunidad?

Usuario No, ya que a veces les dan prioridad a algunos. Además no siento mucho el apoyo por parte de la caravana hacia la comunidad.

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:8 [i usted tuviera el poder de ca..] (2:473-2:658) (Super)

Códigos: [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

i usted tuviera el poder de cambiar algo de la caravana, ¿Qué sería?

Usuario Que fuera más ordenada, me gustaría que hubiera una mejor organización y que se concretaran las cosas.

P 6: GRABACION 5.pdf - 6:9 [La enfermera, ya que a veces c..] (2:789-2:932) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

La enfermera, ya que a veces cuando la encontramos en la calle suele resolver nuestras dudas o nos brinda opciones para resolverlas después

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:1 [¿Cómo se ha sentido con el pro..] (1:259-1:396) (Super)

Códigos: [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Cómo se ha sentido con el programa?

Usuario Hubo algunos cambios, pero ya nos acostumbramos y nos acomodamos a su ritmo de trabajo

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:2 [especto al programa, ¿cómo la ..] (1:415-1:573) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

especto al programa, ¿cómo la han tratado, le ha faltado algo que no le haya gustado?

Usuario Me han tratado bien, me gusta cómo trabaja el de caravana.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:3 [Respecto a la atención médica,..] (1:591-1:725) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Respecto a la atención médica, ¿ha asistido a consulta con el doctor/a?

Usuario Sí, con la doctora. Me gusta como da su consulta.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:4 [¿Le ha brindado toda la inform..] (1:743-1:902) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Le ha brindado toda la información necesaria o le ha faltado alguna?

Usuario Me ha brindado buena información, pero me gustaría un poco más de la misma.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:5 [¿Le han dado todo el medicamen..] (1:919-1:1075) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Le han dado todo el medicamento?

Usuario No realmente me ha faltado el medicamento que me han recetado y ya van varias veces que me falta medicamento

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:6 [e gusta el trato que le da la ..] (1:1095-1:1203) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

No memos

e gusta el trato que le da la enfermera o le falta algo?

Usuario Sí, me gusta como atiende la enfermera.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:7 [¿Le ha dado toda la informació..] (1:1221-1:1360) (Super)

Códigos: [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Le ha dado toda la información necesaria?

Usuario Sí, porque gracias a ella supe que aquí también se realizaban pruebas de embarazo.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:8 [¿Y el trato del promotor le gusta?] (1:1377-1:1590) (Super)

Códigos: [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Y el trato del promotor le gusta?

Usuario Sí, ya nos acostumbramos a su manera de ser y trabajar. Es diferente porque habla muy fuerte uno piensa que está enojado pero así es y me gusta ya nos acostumbramos

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:9 [¿Usted considera que los tres ..] (2:15-2:228) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Area de Promocion - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Usted considera que los tres antes mencionados están integrados a la comunidad?

Usuario La enfermera y el promotor sí. La doctora yo pienso que no tanto, es muy seria y no se integra mucho con

nosotros.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:10 [Cuando usted tiene alguna duda..] (2:245-2:386) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Area de Promocion - Familia: Area] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Cuando usted tiene alguna duda o problema, ¿con quién de los tres es más fácil acudir o dirigirse?

Usuario Con la enfermera o el promotor

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:11 [¿Usted se siente en confianza ..] (2:403-2:560) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

[Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Usted se siente en confianza con la doctora para ir a tratar temas sobre su salud?

Usuario Un poco, pero preferiría ir con la enfermera o el promotor.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:12 [Si usted tuviera el poder de c..] (2:578-2:715) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si usted tuviera el poder de cambiar algo del programa, ¿qué sería?

Usuario Que en los talleres no fuera necesario hablar en público.

P 7: GRABACION 6.pdf - 7:13 [¿Alguna vez ha presentado algu..] (2:733-2:882) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Alguna vez ha presentado alguna queja o ha sabido de alguien que lo haya hecho?

Usuario No, y no he sabido de alguna persona que lo haya hecho

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:1 [Cómo se ha sentido con respect..] (1:287-1:474) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

[Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Cómo se ha sentido con respecto al programa, le ha gustado?

Usuario Sí, me ha gustado mucho. Ha sido de gran ayuda para mis hijos y alumnos, ya que gracias a él han salido adelante.

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:2 [En cuanto a la atención que le..] (1:492-1:593) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

En cuanto a la atención que le proporcionan, ¿Le ha gustado, cómo es?

Usuario Sí, sí me ha gustado.

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:3 [Pongamos un ejemplo. Cuando us..] (1:610-1:828) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Pongamos un ejemplo. Cuando usted acude a consulta con el doctor, ¿Le gusta la atención y la información que éste le proporciona?

Usuario Sí, me agrada la atención y la información que me proporciona es buena

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:4 [Cuándo le dan una receta médic..] (1:847-1:1002) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Cuándo le dan una receta médica, le entregan todo su medicamento?

Usuario Pues, cuando hay todo lo que me recetan, me lo entregan sin ningún problema

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:5 [Cuando pasa con la enfermera ¿..] (1:1019-1:1256) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Cuando pasa con la enfermera ¿Le gusta la atención que le brinda, le proporciona toda la información que usted necesita?

Usuario Es buena y me brinda información completa. Si en algún momento me hace falta información es porque

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:6 [Cuando pasa con la enfermera ¿..] (1:1019-1:1256) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area]

No memos

Cuando pasa con la enfermera ¿Le gusta la atención que le brinda, le proporciona toda la información que usted necesita?

Usuario Es buena y me brinda información completa. Si en algún momento me hace falta información es porque

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:7 [¿Y cuando acude al promotor? U..] (1:1274-1:1472) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Y cuando acude al promotor?

Usuario Igual, me gusta y me parece bien.

Entrevistador Tomando en cuenta a los tres anteriores antes mencionados, ¿Usted considera que son parte de su comunidad?

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:8 [Tomando en cuenta a los tres a..] (1:1363-1:1670) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Tomando en cuenta a los tres anteriores antes mencionados, ¿Usted considera que son parte de su comunidad?

Usuario En lo personal, yo pienso que sí, pues ya llevan un tiempo aquí.

Entrevistador Y de los tres, ¿Quién cree usted que está más integrado a su comunidad?

Usuario Para mí, el promotor.

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:9 [Sí, nos han brindado apoyo. En..] (2:52-2:205) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Sí, nos han brindado apoyo.

Entrevistador ¿Los tres? ¿O especialmente quien es el que más apoyo les brinda?

Usuario Sí, los tres nos apoyan por igual.

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:10 [¿Cuándo tiene una pregunta sob..] (2:223-2:406) (Super)

Códigos: [Área de Promoción - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Cuándo tiene una pregunta sobre su salud, con quién de los tres es más fácil acercarse?

Usuario En lo personal, con el promotor, ya que al menos para mí, es de mayor confianza.

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:11 [Ha presentado usted alguna que..] (2:425-2:725) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Ha presentado usted alguna queja al programa o ha sabido de alguna persona que lo haya hecho?

Usuario No, nunca. Pero hay una señora que lo ha hecho.

Entrevistador ¿Y esta señora de la que usted habla, recibió alguna respuesta por dicha queja?

Usuario Al parecer no, no recibió respuesta

P 8: GRABACION 7.pdf - 8:12 [Si usted tuviera el poder de c..] (2:743-2:1221) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integración - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Si usted tuviera el poder de cambiar algo del programa para mejorarlo, ¿Qué sería?

Usuario Pues, creo que nada. Me gusta el programa así como es.

Entrevistador ¿Podría decirse entonces que se siente satisfecha con el programa y su calidad o hay algo que le haga falta?

Usuario Sí, me siento bien con el programa. Creo que lo único que me gustaría, sería que a hijo le dieran una de las becas que han estado proporcionando a los muchachos para la universidad.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:1 [Bueno, ante todo, muy buenas t..] (1:70-1:239) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Bueno, ante todo, muy buenas tardes señora. Con respecto al programa, ¿Usted cómo se ha sentido, se siente a gusto el programa?

Usuario Buenas tardes, sí me gusta.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:2 [¿La atención que le han propor..] (1:375-1:532) (Super)

Códigos: [Área Médica - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿La atención que le han proporcionado es buena y le ha gustado o tiene algún problema?

Usuario Ningún problema, creo que está bien y sí me ha gustado.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:3 [Respecto a la atención médica,..] (1:549-1:696) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Respecto a la atención médica, ¿le gusta el trato que se le da a usted?

Usuario La verdad sí, pues me han tratado bien, no tengo ninguna queja.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:4 [Le brindan suficiente informac..] (1:714-1:801) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Comunicación - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Le brindan suficiente información cuando acude a consulta?

Usuario Sí, la necesaria.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:5 [Cuando le dan una receta, ¿le ..] (1:819-1:907) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad] [Medicamento - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Cuando le dan una receta, ¿le brindan los medicamentos completos?

Usuario Sí, aquí sí.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:6 [Cuando acude con la enfermera,..] (1:925-1:1025) (Super)

Códigos: [Área de Enfermería - Familia: Área] [Calidad de la Atención Médica - Familias (2): Área, Elementos de Calidad]

No memos

Cuando acude con la enfermera, ¿cómo le ha ido?

Usuario Muy bien, me agrada el trato que me dan.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:7 [¿Le brinda la información nece..] (1:1043-1:1170) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Le brinda la información necesaria?

Usuario Así es. Solo que a veces los términos que emplea me son difíciles de entender.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:8 [¿Pero le tratan de explicar la..] (1:1187-1:1278) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Pero le tratan de explicar las veces

que sean necesarias?

Usuario Sí, me suelen explicar

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:9 [¿Cómo se siente respecto al pr..] (1:1297-1:1452) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Cómo se siente respecto al promotor?

Usuario Igual, los tres me brindan una buena atención

Entrevistador ¿Y se adapta con él?

Usuario La verdad sí.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:10 [En lo personal, con el promoto..] (2:24-2:122) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

En lo personal, con el promotor. Le hablé sobre mis malestares y me recetó algunos medicamentos

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:11 [¿Considera usted que los tres ..] (2:140-2:375) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Considera usted que los tres se encuentran integrados con la comunidad?

Usuario Yo pienso que sí.

Entrevistador ¿Y quién cree que es el más integrado a la comunidad?

Usuario Pienso que los tres, pero sobre todo el promotor.

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:12 [i tuviera la oportunidad de ca..] (2:394-2:667) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

No memos

i tuviera la oportunidad de cambiar algo del programa, ¿qué sería?

Usuario Que hubiera algún doctor que se

encuentre de tiempo de base, ya que a veces nos enfermamos y no hay doctor al cual acudir aquí cerca, que nuestro doctor se integre más con la comunidad

P 9: GRABACION 8.pdf - 9:13 [¿En general, se ha sentido ust..] (2:685-2:774) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿En general, se ha sentido usted satisfecha con el programa?

Usuario Sí, me ha gustado.

P10: GRABACION 9.pdf - 10:1 [Y como te has sentido con el p..] (1:224-1:332) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y como te has sentido con el programa?

USUARIO: bien, muy bien,

ENTREVISTADOR: Te ha gustado?

USUARIO: Si

P10: GRABACION 9.pdf - 10:2 [Con respecto a la atención que..] (1:350-1:598) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Con respecto a la atención que te proporcionan, ¿Cómo te has sentido?

USUARIO: Muy bien, porque si atienden bien, no les puedo decir que no nos tratan bien, si no que aquí si nos dan la atención que si nos merecemos, con respeto y todo eso.

P10: GRABACION 9.pdf - 10:3 [Ok, cuando pasas a la atención..] (1:616-1:729) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Ok, cuando pasas a la atención medica con el doctor ¿Cómo te sientes con ello?

USUARIO: Muy bien, con confianza

P10: GRABACION 9.pdf - 10:4 [Te gusta la atención que te pr..] (1:748-1:801) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

No memos

Te gusta la atención que te proporciona?

USUARIO: Si,

P10: GRABACION 9.pdf - 10:5 [Te da toda la información que ..] (1:820-1:939) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Te da toda la información que necesitas? O,

¿le hace falta algo?

USUARIO: Si me da toda la información, no falta nada

P10: GRABACION 9.pdf - 10:6 [Y, ¿Cuándo pasas con el enferm..] (1:958-1:1033) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

No memos

Y, ¿Cuándo pasas con el enfermero o enfermera?

USUARIO: También, muy bien

P10: GRABACION 9.pdf - 10:7 [¿Te sientes bien, te da toda l..] (1:1051-2:300) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

[Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Te sientes bien, te da toda la información que necesitas? USUARIO: Si

ENTREVISTADOR: ¿Y con el promotor?

USUARIO:

También, muy bien, nos explica muy bien las cosas, nos da muy bien la información, y nos explica cómo se usan los medicamentos, por ejemplo si yo tengo una duda, él me explica, y me saca de las dudas, entonces sí, nos atiende bien.

P10: GRABACION 9.pdf - 10:8 [¿Y con respecto al programa, t..] (2:318-2:382) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

No memos

¿Y con respecto al programa, te gusta el programa?

USUARIO: Si

P10: GRABACION 9.pdf - 10:9 [¿Cuándo tienes algún problema ..] (2:400-2:594) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

[Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad] [Trato Digno - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

¿Cuándo tienes algún problema de salud o algo relacionado con la salud, y tienes que hacer una pregunta, ¿con quién te diriges? ¿con quién es más fácil dirigirte?

USUARIO: Con la enfermera

P10: GRABACION 9.pdf - 10:10 [Con la enfermera es con la que..] (2:612-2:718) (Super)

Códigos: [Area de Enfermeria - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Con la enfermera es con la que te sientes con mayor confianza?

USUARIO: Sí, porque son cosas de mujeres.

P10: GRABACION 9.pdf - 10:11 [Con respecto a que si los much..] (2:736-2:949) (Super)

Códigos: [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Con respecto a que si los muchachos están integrados en la ciudad, ósea, algo que me refiero, son parte de tu comunidad? O no son parte ellos de tu comunidad?

USUARIO: Si son, y forman parte de mi comunidad.

P10: GRABACION 9.pdf - 10:12 [Y, ¿Quién crees que esta más i..] (2:968-2:1220) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Y, ¿Quién crees que esta más integrado a la comunidad?, de los tres muchachos, quien está más integrado

USUARIO: Promotor es el más se integra a la comunidad el doctor ni si quiera nuestros nombres conoce y ya tiene tiempo aquí en la comunicada

P10: GRABACION 9.pdf - 10:13 [Entonces el doctor no está i i..] (2:1239-3:26) (Super)

Códigos: [Area Medica - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Integracion - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Entonces el doctor no está i involucrado en la comunidad

USUARIO: No casi no platica con nosotros el solo se encierra en su consultorio

P10: GRABACION 9.pdf - 10:14 [El promotor es el que está más..] (3:44-3:281) (Super)

Códigos: [Area de Promocion - Familia: Area] [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad]

No memos

El promotor es el que está más integrado

Si

ENTREVISTADOR: Y luego?

USUARIO: Pues como que se lleva más con la gente, como que hecha relajo, y así como que se agarra más confianza, y pues también le podemos comentar nuestras cosas

P10: GRABACION 9.pdf - 10:15 [Bueno, en resumidas cuentas, ¿..] (3:478-3:684) (Super)

Códigos: [Calidad de la Atencion Medica - Familias (2): Area, Elementos de Calidad] [Comunicacion - Familia: Elementos de Calidad] [Confianza - Familia: Elementos de Calidad]

No memos

Bueno, en resumidas cuentas, ¿tú consideras que el programa, para ti está bien? ¿Está bien atendido?

USUARIO: Si

ENTREVISTADOR: ¿La atención que te han proporcionado es buena?

USUARIO: Si, muy bien.