

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

Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Lic. en Enf., M.S.P., M. en C.,⁽¹⁾

Patricia Nájera-Aguilar, Lic. en Geogr., M. en Geogr.,⁽²⁾ Gustavo Nigenda-López, Biól., M. en Antrop., Ph.D.⁽¹⁾

**Ramírez-Sánchez TJ,
Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G.
Percepción de la calidad de la atención
de los servicios de salud en México:
perspectiva de los usuarios.
Salud Publica Mex 1998;40:3-12.**

**Ramírez-Sánchez TJ,
Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G.
Quality of health services
in Mexico as perceived by users.
Salud Publica Mex 1998;40:3-12.**

Resumen

Objetivo. Describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. **Material y métodos.** La información analizada parte de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, que levantó información de 3 324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta. **Resultados.** Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). **Conclusiones.** Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

Palabras clave: calidad de la atención de salud; percepción; México

Abstract

Objective. To describe the quality of health services as perceived by users in Mexico, as well as an analysis of predisposing and enabling factors to the use of these services. **Materials and methods.** Data were selected from the National Health Survey II of 1994. The survey contains information from 3324 ambulatory health service users who sought care in the two week period previous to the survey. **Results.** 81.2% of users perceived the quality as good and 18.8% thought it was poor. The main reasons for good quality of care were: personal attention (23.3%) improvement of the health problem (11.9%). For poor quality of care, the main reasons were: long waiting time (23.7%) and poor clinical examination (11.7%) Social security health service users perceived 2.6 times more frequently quality of attention as poor, than those who consulted private health services. Quality is represented by the aspects of the attention process (44.8%), its results (21.3%), the structure (18.0%) and accessibility (15.7%) The main reasons for not returning to the same health service center were: deficient attention (18.2%) and long waiting times (11.8%). **Conclusions.** The perspective of the population should be studied further and actions for the continuous improvement of the quality of health care should be implemented.

Key words: quality of health care; perception; Mexico

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México.

(2) Centro de Investigación en Salud Poblacional, INSP, México.

Fecha de recibido: 7 de mayo de 1997 • Fecha de aprobado: 13 de octubre de 1997

Solicitud de sobretiros: Mtra. Teresita de J. Ramírez Sánchez. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.¹⁻³

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales.⁴ Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejora en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.^{5,6}

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian.⁷ El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.^{8,9}

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indi-

cador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad).^{10,*} En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.¹¹

En el presente trabajo analizaremos la percepción que tienen los usuarios de los servicios ambulatorios del Sistema Nacional de Salud respecto a la calidad de la atención recibida; asimismo, identificaremos las dimensiones del concepto que representan un mayor peso para la población y distinguiremos aquellas características socioeconómicas que explican las variaciones de dicha percepción, definida ésta como una medida de resultado.

Material y métodos

La información analizada forma parte de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), levantada en cinco regiones de la República Mexicana en 1994 (la metodología se ha descrito en otros trabajos).¹¹ La población blanco para el presente estudio se refiere al total de los integrantes del hogar que acudieron a algún servicio de salud en los últimos quince días previos al levantamiento de la encuesta (n= 3 324), cantidad que corresponde al total de usuarios encontrados en el periodo de estudio y que, al ponderarse, representaría a una población estimada de 4 879 104 usuarios.

Para medir la dimensión de resultado, fueron seleccionados un indicador principal y dos complementarios:

1. Percepción general de la calidad de la atención.
2. Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta.
3. Motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

* Nájera P, Ramírez T, Anaya R. Calidad y accesibilidad; efectos en la utilización y percepción de los servicios de salud. Consejo Asesor en Epidemiología. Informe técnico final, Instituto Nacional de Salud Pública, 1991. Documento no publicado.

El principal indicador, es decir, la percepción general de la calidad de la atención, se midió inicialmente con una escala tipo Likert (muy buena, buena, regular, mala y muy mala); adicionalmente se preguntaron los motivos de tal percepción mediante una lista precodificada. El método utilizado para dicha precodificación fue el listado libre (*free listing*) a fin de determinar el dominio conceptual de la calidad.¹² Las preguntas fueron probadas en dos instrumentos aplicados con antelación a esta encuesta y en la prueba piloto, lo que nos garantiza su validez metodológica.^{*13}

La lista precodificada de motivos incluye aspectos relacionados con: a) la accesibilidad, como los costos, tiempos y características organizacionales de los servicios (horarios, fichas, cintas, etc.); b) la estructura, considerando los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos, materiales y/o equipos; c) el proceso, tomando en cuenta las acciones de revisión y diagnóstico, trato personal y continuidad de la atención, y d) la dimensión de resultado, la cual se midió a partir de la mejoría en salud y de la aplicación de un tratamiento adecuado.

Las respuestas obtenidas a partir de la escala Likert, se dicotomizaron en buena percepción de la calidad (muy buena, buena) y mala (regular, mala y muy mala) con el fin de facilitar su análisis.

La percepción respecto a los cambios en el estado de salud después de la consulta se obtuvo sólo de entre los individuos que informaron haber solicitado atención por estar enfermos, por medio de la pregunta “¿Notó mejoría en su salud después de esta atención?”

Los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar, se exploraron a partir de dos reactivos: “¿Si usted tuviera oportunidad de escoger, regresaría a ese mismo lugar a atenderse?” y, en caso negativo, “¿Por qué no regresaría?”, con una lista precodificada sobre los motivos de ello.

El manejo estadístico de las variables utilizadas se hizo con la aplicación de la razón de proporciones y de la prueba estadística de *ji*-cuadrada. Las variables dependientes fueron: percepción respecto a la calidad, percepción respecto a los cambios en el estado de salud y los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar. Las variables independientes fueron: la institución de atención y factores como género, edad, escolaridad, tamaño del hogar, posición en el trabajo y enfermedad.

* Nájera P, Ramírez T, Anaya R. Calidad y accesibilidad; efectos en la utilización y percepción de los servicios de salud Consejo Asesor en Epidemiología. Informe técnico final, Instituto Nacional de Salud Pública, 1991. Documento no publicado.

Como **variable control** se tomó la condición de aseguramiento.

Las instituciones de salud fueron agrupadas en: a) seguridad social; b) Secretaría de Salud (SSA); c) servicios privados, y d) otras instituciones públicas (Departamento del Distrito Federal, Instituto Nacional Indigenista, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia). Cabe aclarar que en los cuadros donde aparece la variable edad, la opinión de los usuarios menores de 15 años es la referida por la madre o familiar que llevó al menor a atenderse.

Resultados

Percepción general respecto a la calidad de la atención y dominio conceptual de la misma

Los resultados mostraron, de acuerdo con la percepción general de los usuarios, que la calidad de la atención recibida, fue buena en 81.2% de los casos y que fue mala en un 18%.

Al concentrar los juicios de los usuarios, asociados a los aspectos positivos y negativos de la atención, y al caracterizar los conceptos asociados a la calidad de la atención como “dominio conceptual”,¹² cobran importancia los aspectos relativos a la dimensión que caracteriza el proceso de atención (44.8%), el que a su vez se refiere a las respuestas sobre trato personal, a las acciones de revisión y diagnóstico y a la información recibida durante la consulta. Las condiciones de la accesibilidad a los servicios –como los tiempos de espera y costo de la atención– fueron relevantes para 15.7% de la población entrevistada. Aspectos relativos a la estructura, como la suficiencia de material y equipo y la capacitación técnica del personal de salud fueron señalados por 18.0% de los usuarios. Finalmente, la percepción de mejoría y el impacto de los medicamentos en la salud –resultado de la atención– fueron mencionados por 21.3% de los usuarios (figura 1).

Percepción de buena calidad y motivos que la definen conforme a la institución utilizada y a la condición de aseguramiento

El porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la SSA (82%), a otras instituciones públicas (81%) y, por último, entre usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%).

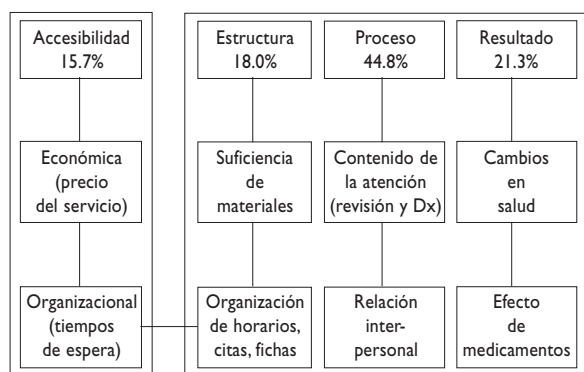


FIGURA 1. DOMINIO CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: PRINCIPALES ELEMENTOS REPRESENTATIVOS DE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO. ENSA-II, MÉXICO, 1994

En general, los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal (23.2%), a la mejoría en la salud (11.9%), y a la preparación técnica del personal (10.2%). En todas las instituciones, invariablemente, el buen trato personal fue el principal motivo relacionado con la buena calidad de la atención (seguridad social 26%, SSA 27%, privados 18% y otras instituciones públicas 25%). No obstante, el segundo motivo referido en la seguridad social y en otras instituciones públicas estuvo relacionado con la preparación técnica del personal (10.4 y 12.2%, respectivamente); en la SSA y los servicios privados fueron los resultados positivos en la salud (11.3 y 15.7%, respectivamente). El tercer motivo de buena calidad mencionado por los usuarios de la seguridad social fueron los resultados positivos en salud (9%), mientras que en la SSA y los servicios privados fue la preparación técnica del personal (7.6 y

2.7%, respectivamente); por último, en otras instituciones públicas fueron los bajos costos de la atención (10.2%) (figura 2).

Al analizar la percepción de la calidad definida como buena según la condición de aseguramiento del usuario, los asegurados refieren un porcentaje ligeramente mayor que el de los no asegurados (83.8 vs 79.3%).

Por institución utilizada y según la condición de aseguramiento, resalta que los no asegurados que acudieron a servicios de seguridad social refieren 1.7 veces más que la calidad fue buena, respecto a los asegurados (82.6 y 46.6%, respectivamente).

Para el resto de las instituciones, por el contrario, el porcentaje más alto siempre aparece en la categoría de asegurados. Las diferencias entre ambos grupos son mínimas. Asimismo, los motivos referidos según la condición de aseguramiento no presentaron diferencias significativas (cuadro I).

Percepción de mala calidad según la institución y la condición de aseguramiento. Relación con los factores predisponentes de la población usuaria

Entre los usuarios que utilizaron los servicios de la seguridad social, 26% percibe que la calidad de la atención fue mala, mientras que entre los que recurrieron a los servicios privados esta percepción es de 10%. Los usuarios de otras instituciones públicas y de la SSA coinciden en una mala percepción con 19 y 18%, respectivamente.

Entre los usuarios de servicios de seguridad social y de la SSA, el principal motivo de percepción de mala calidad se asoció a los largos tiempos de espera (29.3%), en tanto que en los privados se asoció con los altos costos de la atención, y en las otras instituciones públicas, con la falta de acciones de revisión (figura 2).

Cuadro I
DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN RESPECTO A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR INSTITUCIÓN, SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO. ENSA-II, MÉXICO, 1994

Institución	Seguridad social		SSA		Privados		Otras instituciones públicas	
	Asegurados %	No asegurados %	Asegurados %	No asegurados %	Asegurados %	No asegurados %	Asegurados %	No asegurados %
Buena	46.6	82.6	91.1	79.5	92.1	88.4	86.0	78.8
Mala	53.4	17.4	8.9	20.5	7.9	11.6	14.0	21.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	$\chi^2= 504213.1$ $p= 0.000$		$\chi^2= 69994.8$ $p= 0.000$		$\chi^2= 91101.0$ $p= 0.000$		$\chi^2= 7221.1$ $p= 0.000$	

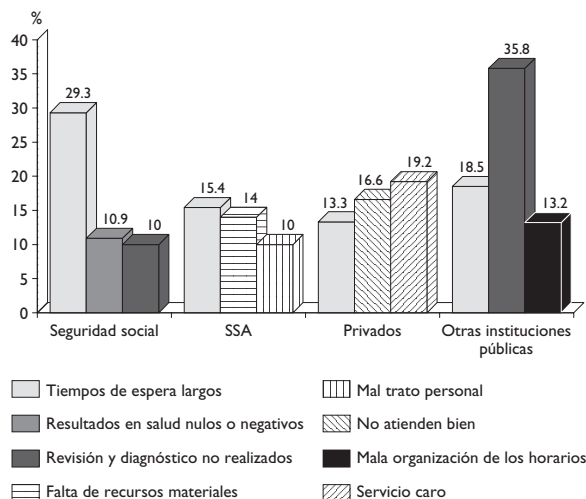


FIGURA 2. TRES PRINCIPALES MOTIVOS DE PERCEPCIÓN DE MALA CALIDAD POR INSTITUCIÓN. ENSA-II, MÉXICO, 1994

En relación con la percepción de mala calidad de la atención, entre los no asegurados y asegurados sólo se establece una diferencia de 4.5 puntos porcentuales (20.7 vs 16.2%). Sin embargo, cuando ello se analiza por institución utilizada, se observa una variación importante. Los asegurados que utilizaron la seguridad social, refieren tres veces más mala calidad, respecto a los no asegurados que utilizaron estos servicios. Los usuarios no asegurados que asistieron a la SSA refieren que la calidad fue mala 2.3 veces más que los asegurados que acudieron a este mismo tipo de servicio. La percepción de que la atención de los servicios privados es mala fue 1.5 veces más alta entre los no asegurados que entre los asegurados (cuadro I). Estadísticamente, sí se encontraron diferencias entre la percepción de los asegurados respecto a la calidad y la de los no asegurados, lo que indica que la condición de aseguramiento es factor discordante en el juicio de valor sobre la atención recibida.

Comparando los motivos de mala calidad, entre la percepción de los usuarios asegurados y no asegurados, se observan diferencias en: los tiempos de espera, que se notificaron más frecuentemente entre los asegurados (26.7%) que entre los no asegurados (9.1%). El mal trato personal fue referido 1.6 veces más por los no asegurados que por los asegurados (15.9 vs 9.6%). La no mejoría en el estado de salud fue mencionada 1.6 veces más por los asegurados que por los no asegurados (11.8 vs 7.3%). Finalmente, los motivos relacionados con los costos de la atención fueron mencionados 5.6

veces más entre los no asegurados respecto a los asegurados (6.8 vs 1.2%).

Para delimitar problemas comunes a grupos específicos de población, y a partir de las opciones generales sobre la mala calidad de la atención, se analizó la variación respecto a los factores predisponentes que caracterizan el proceso de utilización. Los tres principales motivos que producen una mala percepción de calidad fueron los largos tiempos de espera (21.6%), los tiempos cortos de consulta (11.4%) y el nulo efecto de los medicamentos (10.35%) (cuadro II).

Haciendo el análisis por sexo, se encontraron algunas diferencias: las mujeres usuarias refieren que la atención fue mala por los tiempos de espera, los tiempos de consulta cortos y el mal trato personal; en tanto, los hombres informan también los largos tiempos de espera y los tiempos cortos de consulta, pero, en tercer lugar, refieren la falta de eficacia del medicamento.

Según la edad, los usuarios mayores de 65 años manifestaron que la calidad fue mala por considerar que los medicamentos recetados no los aliviaron. Entre los otros grupos de edad, el principal motivo de insatisfacción fue, en coincidencia con el patrón general, los largos tiempos de espera.

Se observaron diferencias importantes entre grupos de baja escolaridad. Los usuarios analfabetas y con uno a tres años de primaria informaron como principal motivo de insatisfacción con los servicios recibidos el nulo efecto de los medicamentos. No obstante, entre los usuarios con mayor escolaridad, la percepción de la mala atención se explicó por los largos tiempos de espera. Sólo entre el grupo de usuarios con preparatoria cambia el principal motivo de percepción de mala calidad, debido al incumplimiento de las expectativas del paciente (no lo atendieron como esperaba, 26.4%).

De acuerdo con el tamaño de la familia, sólo destaca una mayor frecuencia de mencionar los largos tiempos de espera, en la medida en que aumenta el número de integrantes de la unidad doméstica. No se observan diferencias importantes ni por el Índice de Condiciones de Vivienda (INCOVI)* ni por la posición en el trabajo del jefe de hogar.

Finalmente, los usuarios enfermos perciben que la calidad fue mala por los tiempos de espera, por el mal trato personal y por el nulo efecto de los medicamentos en su salud. Los no enfermos refieren tam-

* Este índice se construye con las variables de: tipo de piso de la vivienda, disposición de drenaje, disposición de agua entubada, número de cuartos y número de habitantes por vivienda. Finalmente quedan clasificadas como: buenas, regulares y malas condiciones de vivienda.

Cuadro II
PERCEPCIÓN DE MALA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.
ENSA-II, MÉXICO, 1994

Dimensión Factores y motivos	(P o r c e n t a j e s)															χ^2
	Accesibilidad		Estructura			Proceso				Resultado						
	Tiempos de espera largos	Servi- cio caro	No hay servi- cio	No hay material sufi- ciente	Mala prepa- ración técnica	Mal trato perso- nal	Mala revisión y diag- nóstico	Tiempo de consulta corto	No expli- caron	No se curó	No le sirvió el medica- mento	No se alivió con medica- mentos	No lo atendieron como esperaba	Otro	Total	
Sexo																
Hombre	24.2	1.8	3.9	8.3	6.3	4.9	3.9	13.7	2.2	0.2	12.4	4.8	8.9	4.4	100	
Mujer	20.0	3.5	3.7	6.8	5.3	8.9	5.9	9.9	1.9	3.4	7.5	6.8	7.4	9.1	100	
Edad																31428.4 (0.0000)
≤5 años	24.3	1.7	3.5	6.8	7.7	6.2	4.6	17.7	2.8	0.6	7.1	4.3	6.5	6.1	100	
5-14 años	19.4	0.9	7.1	11.9	2.8	7.3	5.8	14.3	6.0	--	4.4	5.1	12.6	2.6	100	
15-49 años	21.6	2.6	3.1	8.7	4.5	6.8	4.9	9.7	1.3	3.4	8.0	7.5	8.7	9.2	100	
50-64 años	21.3	5.0	4.2	0.9	6.7	10.5	7.4	6.8	--	0.8	17.3	5.5	6.0	7.6	100	
65 y +	19.2	7.1	1.7	5.0	11.7	6.8	1.8	9.5	1.2	5.1	19.4	3.6	2.3	5.6	100	
Escolaridad																93347.4 (0.0000)
No lee	10.8	11.4	5.3	3.8	13.0	4.1	3.2	7.5	--	6.0	15.2	3.5	6.6	9.8	100	
Sí lee	17.6	3.7	2.6	4.5	11.4	8.7	7.9	9.2	2.2	6.5	15.6	2.6	2.8	4.7	100	
3-6 de primaria	20.5	4.5	4.3	3.7	2.1	6.4	2.6	10.1	1.2	1.8	13.7	7.7	8.8	12.7	100	
Secundaria	26.7	0.6	1.8	10.2	5.9	9.7	7.2	9.0	4.5	3.3	6.9	3.4	8.0	2.8	100	
Preparatoria	19.3	--	--	10.5	--	8.9	3.8	13.6	--	--	--	13.7	26.4	3.8	100	
Profesional	25.8	--	--	9.7	7.7	5.9	15.7	7.3	--	--	--	10.4	10.5	7.0	100	
Familia																119762.5 (0.0000)
1-3	17.0	3.8	3.3	5.8	6.1	9.5	5.4	12.7	2.7	2.1	12.8	6.9	5.8	6.1	100	
4-6	21.3	1.3	3.5	7.5	5.6	7.6	5.0	9.8	2.1	3.0	8.6	8.3	9.5	2.8	100	
>6	24.9	4.0	4.4	8.3	5.5	5.5	5.0	12.5	1.4	1.1	8.3	1.0	7.6	8.7	100	
INCOVI																29150.7 (0.0000)
Malo	22.4	5.3	2.8	5.4	10.9	1.1	2.0	--	4.1	13.4	8.2	13.4	3.6	6.6	100	
Regular	19.9	5.6	4.4	4.8	6.9	6.8	6.2	12.4	3.5	0.4	8.5	1.7	13.0	5.9	100	
Bueno	21.8	1.4	3.5	8.8	4.1	8.9	5.6	10.6	2.0	2.3	8.9	6.7	7.5	7.8	100	
Derechohabencia																57041.2 (0.0000)
Sí	15.4	6.2	5.1	6.0	8.2	5.1	3.8	14.7	2.1	3.2	6.6	6.5	8.7	8.5	100	
No	34.9	1.1	3.1	8.1	4.3	8.5	5.8	9.7	2.0	1.6	11.0	5.8	7.6	6.5	100	
Posición trabajo																43706.5 (0.0000)
Patrones	26.0	6.4	5.7	6.4	5.1	--	12.4	11.4	--	4.2	16.5	--	5.9	--	100	
Profesionista independiente	28.9	2.7	3.5	7.5	3.6	15.9	6.7	9.4	--	--	6.3	5.7	9.8	--	100	
Asalariado	28.4	0.5	3.1	8.7	3.7	4.1	3.3	8.0	2.2	1.3	12.1	5.1	8.3	11.0	100	
Enfermedad																24207.5 (0.0000)
Sí	18.5	2.7	6.5	6.2	7.8	10.1	3.6	7.3	2.2	2.4	9.7	4.0	6.9	12.1	100	
No	22.7	2.9	2.9	7.8	5.0	6.4	5.6	12.8	2.0	2.1	9.4	6.7	8.3	5.6	100	
Total																26357.0 (0.0000)
Total	21.6	2.8	3.8	7.4	5.7	7.3	5.1	11.4	2.0	2.1	9.5	6.0	8.0	7.2	100	

bién que la calidad fue mala por los tiempos de espera, pero en segundo lugar informan los tiempos de consulta cortos.

Si bien el perfil general de motivos de mala calidad mantiene el mismo orden que el patrón general, existen diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de los grupos poblacionales bajo estudio, como lo muestran las pruebas de ji-cuadrada presentadas al final de cada uno de los análisis de contingencia realizados para el conjunto de factores predisponentes.

Percepción de los usuarios respecto a su estado de salud después de la consulta y motivos por los cuales no regresarían a solicitar atención en el mismo lugar, según la institución utilizada

La proporción de usuarios enfermos que notificaron no haber sentido mejoría después de la consulta fue de 20.7%. Al analizar lo anterior por institución, se muestra que los usuarios que acudieron a instituciones privadas (13.4%) manifestaron dos veces más resultados positivos en su salud (mejoría en la salud) que los atendidos en la seguridad social (27.1%), y 1.5 veces más respecto a los que se atendieron en la SSA (20.6%).

Aunado a lo anterior, se indagó sobre los principales motivos por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención. Por tipo de institución (figura 3), se observa que los principales motivos de los que acudieron a la seguridad social fueron: lo atendieron mal (22%) y lo hacen esperar mucho (17%); los que utilizaron la SSA refirieron la falta de medicamentos y material (20.7%) y que no les sirvieron los medicamentos recetados (19.5%); en las instituciones privadas, un tercio (33.8%) de los usuarios mencionaron que no regresarían a estos servicios porque son caros y porque no estuvieron de acuerdo con el tratamiento médico recibido (17.6%); finalmente, quienes recurrieron a otras instituciones públicas mencionaron que no los atendieron bien (22.2%) y que no estuvieron de acuerdo con el diagnóstico (15.8%).

Discusión

Este estudio es uno de los primeros de tipo poblacional que recaba información específica y detallada de alcance nacional sobre la satisfacción de los usuarios en relación con los servicios de salud, en contraste con otros estudios, donde la medición de la percepción se hace dentro de los servicios, lo cual puede sesgar la opinión de los entrevistados.

Los principales hallazgos de este trabajo fueron que 81.2% de las personas entrevistadas percibió que

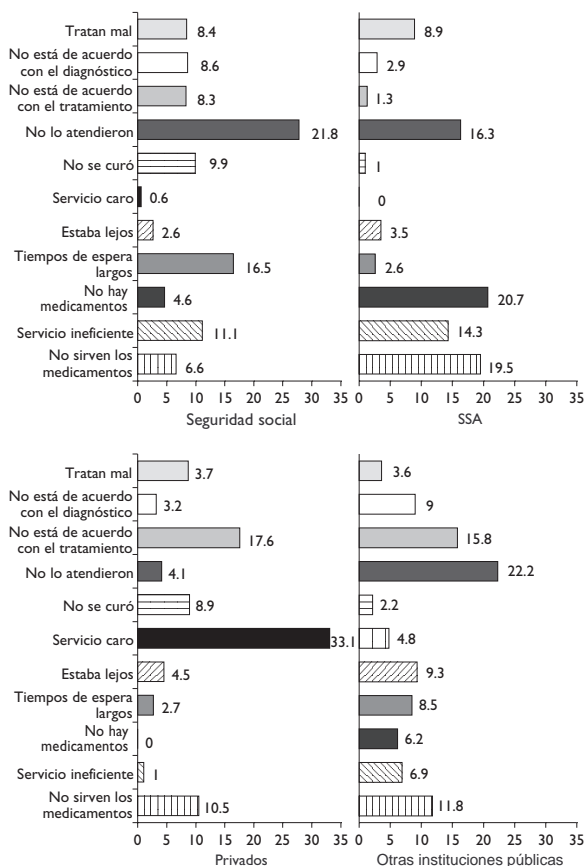


FIGURA 3. MOTIVOS POR LOS CUALES EL USUARIO NO REGRESARÍA A SOLICITAR ATENCIÓN AL MISMO SERVICIO DE SALUD. ENSA-II, MÉXICO, 1994

la atención recibida fue buena y 18.8%, que fue mala. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención en 45% de los casos (relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico); por el impacto o el resultado en su salud, con 21%; por las características de la estructura física, humana y organizacional, con 18%, y por condiciones relativas a la accesibilidad, con 16%. Los motivos que definen la mala calidad de la atención fueron los largos tiempos de espera (24%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (12%).

Algunos de los resultados presentados en este trabajo coinciden con lo identificado en otros estudios. La Encuesta de Cobertura y Calidad de la Atención (elaborada por el Instituto Nacional de Salud Pública) realizada en el Estado de México en 1988 –nivel poblacional– notificó que 74% de los usuarios que utilizaron servicios ambulatorios en los quince días previos

a la encuesta percibieron que la atención recibida fue buena. Por tipo de institución, los usuarios de la seguridad social (38%) mencionaron de 2 a 2.4 veces más que la calidad de la atención fue mala respecto a los usuarios de la SSA y de los servicios privados. La definición conceptual de la calidad estuvo determinada por los aspectos de proceso (62%), resultado (24%) y accesibilidad (10%). Los principales motivos de satisfacción con la calidad fueron las acciones de revisión y diagnóstico (37%), el buen trato personal (24%) y la mejoría en su salud (12%), mientras que los motivos de insatisfacción fueron la calidad técnica de los médicos y las acciones de diagnóstico (28%), los largos tiempos de espera (23%) y el mal trato personal (18%).^{6,*}

Mediante otra encuesta realizada en una unidad materno-infantil del primer nivel de atención en 1993, se entrevistó a 200 usuarias de la consulta externa y se encontró que 95% de ellas percibió que la calidad de la atención recibida fue buena. El dominio conceptual de la calidad estuvo definido en 85% de los casos por la dimensión de proceso o las características de la atención misma; 12% por las características de la estructura física de la unidad, y 4.1% por la accesibilidad geográfica. Los motivos que definieron la buena calidad fueron: el trato personal (52%), las buenas acciones de revisión y diagnóstico (21%) y la preparación técnica del personal (9%). Los factores que marcaron diferencias en la percepción de buena calidad fueron: la escolaridad, la edad, la condición de aseguramiento y la ocupación.¹³

Los resultados del estudio cualitativo complementario de la misma ENSA-II (n= 192 usuarios, visitados en su domicilio) evidenciaron que uno de los motivos para que la población utilice los servicios de salud es la calidad de la atención que brindan las instituciones dedicadas a ello. Los aspectos que se mencionaron sobre la calidad técnica fueron: insuficiente capacitación de los médicos; la sustitución de los mismos por pasantes de medicina; los diagnósticos inadecuados; las negligencias; la no resolución del problema de salud; la deficiencia en las acciones de revisión; la carencia de información y la no aclaración de dudas en la consulta sobre efectos colaterales de los medicamentos; la desconfianza respecto al tratamiento prescrito, y la calidad del medicamento. Los aspectos organizacionales que mencionaron fueron: los largos tiempos de espera

y tiempos cortos en la duración de la consulta. En conclusión los usuarios conciben que los servicios privados explotan en términos económicos pero que al mismo tiempo proveen atención y trato humano, mientras que los públicos no cuestan tanto pero brindan un mal servicio.¹⁴

En otros estudios hechos con diferente metodología, se ha encontrado que las acciones realizadas en el aspecto de la atención son determinantes entre los usuarios para evaluar su satisfacción respecto a la atención recibida. Por ejemplo, la Encuesta de Calidad y Calidez del Instituto Mexicano del Seguro Social aplicada en 33 hospitales y en una muestra de 735 usuarios de la consulta externa, informa que 80% de los usuarios estuvo satisfecho con la relación médico-paciente, y 81% refirió que la orientación en la consulta fue suficiente y satisfactoria.¹⁵

El Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán realizó una encuesta interna a 171 pacientes de ocho diferentes servicios y encontró que los motivos que se manifiestan para evaluar la atención como de mala calidad fueron: los largos tiempos de espera, insuficiencia de baños y falta de medicamentos en la farmacia.¹⁶ Los hallazgos cuantitativos y cualitativos mostrados se correlacionan en el mismo sentido con los del presente estudio. Los aspectos del proceso de la atención son los que la población usuaria identifica como indicadores para evaluar la calidad de la atención.

Finalmente, la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en 1994 –de carácter poblacional– muestra, en forma coincidente con los datos de nuestra encuesta, que 82% de los usuarios piensa que la calidad general de los servicios de salud es buena. En ambas encuestas se observa una disparidad de más de 10% respecto al promedio de percepción de buena calidad al comparar las instituciones públicas con las privadas, de entre las cuales se prefiere a estas últimas. Del mismo modo, más de 90% de los usuarios regresarían a la misma institución privada a recibir atención, y 10% menos regresarían a las instituciones públicas. En lo que se refiere a los motivos específicos para no regresar, no hay cambios importantes, ya que casi siete de cada 10 refieren mala calidad técnica y una mala relación interpersonal, independientemente de la institución.¹⁷

Con base en lo anterior, es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad. Para ello, el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal, y tener una actitud y una expresión que gene-

* Nájera P, Ramírez T, Anaya R. Calidad y accesibilidad; efectos en la utilización y percepción de los servicios de salud. Consejo Asesor en Epidemiología. Informe técnico final, Instituto Nacional de Salud Pública, 1991. Documento no publicado.

ren confianza. Se reconoce que este elemento juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal de salud. Tales recomendaciones deberían aplicarse en conjunto con el mejoramiento de los aspectos técnicos de la atención.¹⁸⁻²⁰

Por otra parte, los motivos relacionados con la mala calidad como los tiempos de espera, el cobro de la atención y la falta de resultados positivos en salud, podrían ser el reflejo de problemas de carácter organizacional, como: a) la distribución de las cargas de trabajo; b) la insuficiencia de personal; c) la organización interna, y d) la asistencia de personal.

Asimismo, se puso de manifiesto que cuando la atención en los servicios privados fue definida por los usuarios como mala, ello se debió básicamente a los altos costos de ésta, en comparación con lo manifestado por los asegurados, quienes mencionaron los largos tiempos de espera como principal motivo de las deficiencias en la atención recibida. En este sentido se demuestra nuevamente la necesidad de crear esquemas alternativos o complementarios de financiamiento para la atención privada o pública, que coadyuven a optimar la relación entre lo que el usuario paga por la atención y la calidad con la que ésta se provee.²¹ Finalmente, es evidente el traslape conceptual entre la accesibilidad y la calidad, ya que fueron elementos directamente relacionados con la calidad de la atención.

Las diferencias encontradas entre los factores sociodemográficos asociados a los perfiles de mala calidad indican que cada grupo de población tiene una percepción propia de los aspectos que modulan su interacción con los proveedores. Puede ser que con el incremento de los niveles de escolaridad en la población y con una creciente participación de la mujer en la economía, los usuarios demanden y exijan mejores servicios de salud; a su vez, estos últimos tendrán, que cubrir las necesidades de los usuarios y cumplir con sus expectativas, de lo contrario las repercusiones se verían cristalizadas en la baja utilización de los servicios y en un mayor porcentaje de demandas legales, y por ende, la población buscaría alternativas más eficientes y de bajo costo para atenderse, como es el caso de los servicios privados no lucrativos.²¹

La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos: a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos.²²

Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión de estos procesos de alguna manera se hace evidente en la insatisfacción de los usuarios. En este sentido la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como de los estudiantes, es importante, ya que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como de la atención misma.^{20,21}

En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios); el concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y de la salud-enfermedad son elementos que también modularían la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida.²³

La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud. No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución.^{17,21} Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su población y atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios, ya que sin su opinión cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado.

Referencias

1. Ruelas-Barajas E, Reyes H, Zurita-Garza B, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Publica Mex* 1990;32:270-220.
2. Reyes-Zapata H, Meléndez-Colindres V, Vidal-Pineda LM. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 1990; 32:232-242.
3. Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35:326-331.
4. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991:210.
5. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
6. Ramírez A, Nájera P. Sistema simplificado para evaluar el desempeño de centros de salud: BDUSU. Síntesis ejecutiva. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

7. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):238-247.
8. Donabedian A. Calidad de la atención médica. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1974.
9. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Biblioteca de la Salud. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1988:496-546.
10. Frenk J. Concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Publica Mex* 1985:438-453.
11. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: Laboratorio Gráfico Editorial, 1994.
12. Weller SC, Rommey AK. Defining a domain and freelist. En: Editores Systematic Data. *Colection Qualitative Research Methods. Series 10.* New Park (Cal). SAGE Publications, 1988:9-16.
13. Ramírez T. Calidad de la atención en el servicio de la consulta externa en una unidad de primer nivel de atención (tesis). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
14. Bronfman M, Zúñiga E, Castro R, Miranda C, Oviedo J. Encuesta Nacional de Salud II. Estudio cualitativo sobre determinantes y modalidades de la utilización de servicios de salud. Cuadernos de Investigación del PASS-PA. México, D.F.: SSA, 1994;(5):10-12.
15. Aguirre-Gas H. Evaluación de la atención médica. Expectativas de pacientes y trabajadores. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):170-180.
16. Ruiz-González C, Vargas-Vorackova F, Castillo-Rentería C, Pérez-Pimentel L, Martínez-Mata R. ¿Qué piensan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición? *Rev Invest Clin* 1990;42(4):298-311.
17. Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud, 1994. En: Frenk J, ed. *Observatorio de la salud. Necesidades, servicio, política.* México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1997.
18. Cuevas-Uriostegue ML, Avila-Martínez, Oliver-Márquez J, Catalán M. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 1991;33:576-584.
19. Rozenbojm J, Palladino E, Azevedo AC. Sistema experto de diagnóstico clínico para el apoyo de la primera consulta. *Salud Publica Mex* 1993;35:321-325.
20. Kurata JH, Nogawa AN, Phillips DM, Hoffman S, Werblum MN. Patient and provider satisfaction with medical care. *J Fam Pract* 1992; 35(2):176-179.
21. Frenk J, Lozano R, González-Block MA, Zurita B, Bobadilla JL, Ruelas E et al. Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final. *Serie Economía y salud.* México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994:150-200.
22. Marracino C JM. Programa de acreditación de establecimientos hospitalarios en Argentina. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):259-267.
23. Fitzpatrick R. La enfermedad como experiencia. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1990:172-195.