



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

T e s i s

**Análisis de las Perspectivas de la Atención Médica brindada
en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco.**

Que para obtener el grado de:

**Maestra en Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta: C.D. Clara Raquel Mejía Guillén

Tutor: Dr. en C. Gabino García Tapia

México, D.F. Abril de 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

T e s i s

**Análisis de las Perspectivas de la Atención Médica brindada
en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco.**

Que para obtener el grado de:

**Maestra en Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta: C.D. Clara Raquel Mejía Guillén

**Tutor: Dr. en C. Gabino García Tapia
Tutor metodológico: Dr. en C. José Pedro Rocha Reyes**

México, D.F. Abril de 2011.

Índice

1. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Introducción	4
1.2. Justificación	6
1.3. Planteamiento del problema	10
1.4. Hipótesis.....	10
1.5. Objetivos.....	11
1.6. Metodología de la investigación.....	12
2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Atención Médica	16
2.2. Calidad de la Atención Médica	42
2.3. Calidad del Servicio de la Atención Médica	60
2.4. Conflicto suscitado durante la Atención Médica	70
3. MARCO REFERENCIAL.....	78
3.1. Hospital General Xoco.....	78
3.2. Reseña histórica del hospital	79
3.3. Misión	81
3.4. Visión	81
3.5. Valores	81
3.6. Objetivos.....	81
3.7. Estructura	82
3.8. Organización.....	82
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	85
4.1. Resultados de los Cuestionarios	85
4.2. Resultados de la Observación Participante	120
4.3. Análisis de Resultados	130
5. CONCLUSIONES.....	133
6. RECOMENDACIONES Y PROYECTOS FUTUROS	135
7. PROPUESTAS.....	136

8. REFERENCIAS.....	138
9. ANEXOS	148
9.1. Cuestionario aplicado	148
9.2. Folleto de apoyo para pacientes y familiares.....	149
9.3. Manual de bienvenida al personal de Atención Ciudadana	150

Análisis de las Perspectivas de la Atención Médica brindada en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco.

1. PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Introducción

La importante y delicada relación establecida entre el paciente, sus familiares y el médico que le brinda atención está influenciada por factores psicológicos, culturales, sociales y económicos, que pueden perturbar dicha relación.

En la Atención Médica intervienen varios actores¹ que tienen una perspectiva propia, basada en experiencias previas, y en las características propias de cada individuo. Con la finalidad de prevenir el conflicto suscitado en la relación personal médico-paciente-familiares, surge la necesidad de analizar la perspectiva de cada uno de los actores, para brindar una atención digna y adecuada a la población que recibe y presta estos servicios.

En la presente investigación se analiza la perspectiva de los pacientes hospitalizados y de sus familiares y médicos, en el servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco, con la finalidad de conocer los diferentes puntos de vista y así proponer alternativas para lograr una convivencia digna, tolerante y pacífica en el ámbito hospitalario.

Para ello es necesario revisar algunos conceptos referentes al ámbito de la Atención Médica. En primer lugar, se refieren las generalidades del tema y la clasificación de los modelos de atención, ya que éstos explican la dinámica de las distintas estrategias de atención a la enfermedad a las que recurren los grupos sociales. También se exploran las políticas públicas establecidas en el Programa

¹ En el presente trabajo hacemos alusión a los “actores” de la Atención Médica para referirnos al paciente, su familia y los médicos que lo atienden.

Nacional de Salud, de acuerdo con en el Plan Nacional de Desarrollo de 2007 a 2012, elaborado por la Presidencia de la República, así como los principios bioéticos que la enmarcan.

En segundo lugar, se mencionan las generalidades y evolución de lo concerniente a la Calidad de la Atención Médica, tanto a nivel mundial como a nivel nacional.

En tercer lugar, se proporciona la definición de Calidad del Servicio de la Atención Médica y se mencionan las generalidades y evolución de la Mercadotecnia en los Servicios, así como la Mercadotecnia de los Servicios de Salud y los servicios de Hospitalidad.

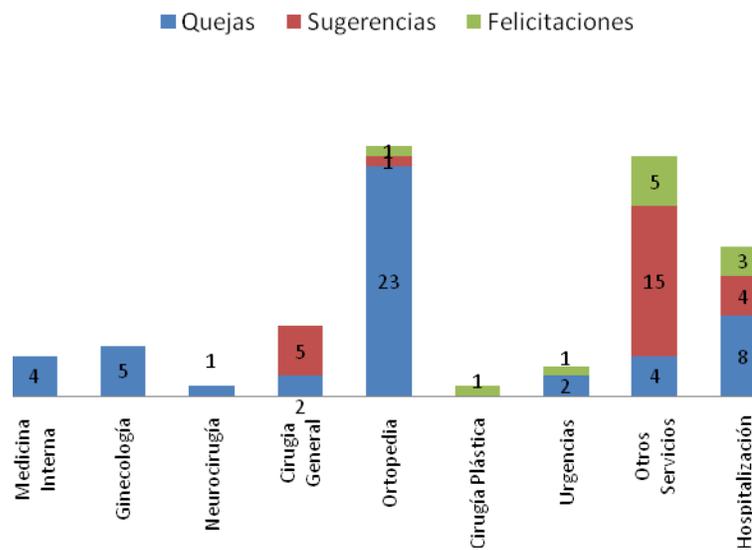
Finalmente, se habla de las generalidades referentes al Conflicto suscitado durante la Atención Médica, así como de su manejo y del modelo alternativo para la solución de controversias.

1.2. Justificación

La presente investigación surge a partir de la necesidad de prevenir los conflictos suscitados durante la Atención Médica, dado que los Programas de Salud implantados a nivel nacional no se adaptan en forma específica al perfil de la población que se atiende.

En el Hospital General Xoco se han asentado diferentes opiniones respecto a la estructura y los procesos relacionados con la Atención Médica, de acuerdo con los actores involucrados. Además, se han registrado quejas relacionadas con el servicio de Ortopedia en instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y en el Buzón Interno del Hospital.

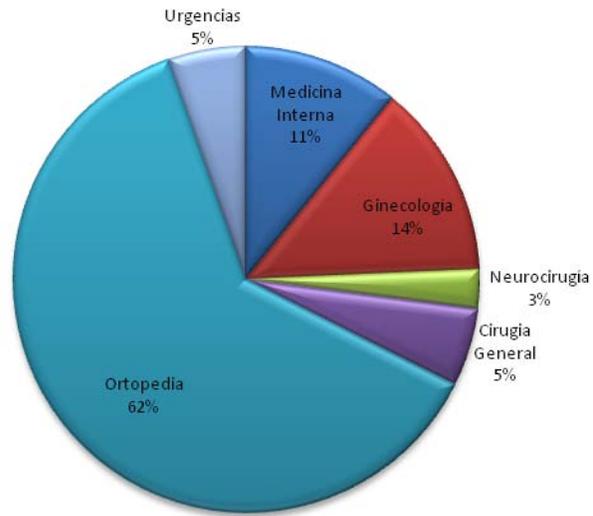
Reportes del Buzón Interno del Hospital



N=85

Fuente: Buzón Interno del Hospital General Xoco en el periodo 1 de enero a 30 de junio de 2010.

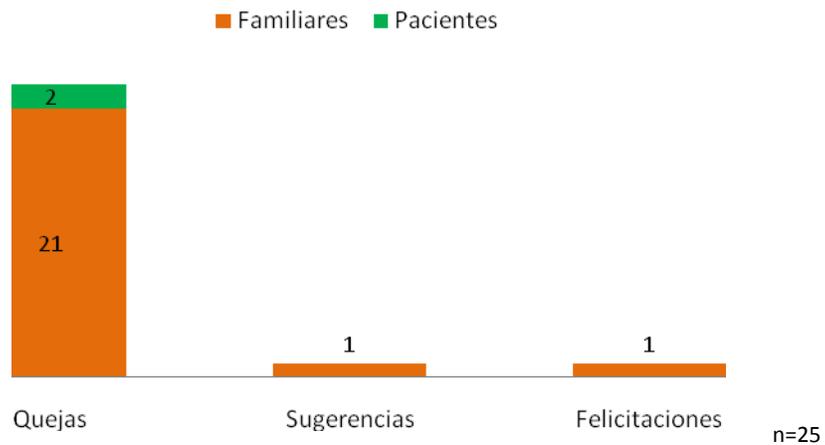
Quejas por servicio en el Buzón Interno



n=37

Fuente: Buzón Interno del Hospital General Xoco en el periodo 1 de enero a 30 de junio de 2010.

Reportes de Ortopedia



n=25

Fuente: Buzón Interno del Hospital General Xoco en el periodo 1 de enero a 30 de junio de 2010.

Distribución de las quejas atendidas por entidad federativa de residencia habitual del usuario según ubicación geográfica de la unidad médica de la atención involucrada. CONAMED. Enero - Junio, 2010.

Entidad federativa de residencia habitual del usuario	Total	Ubicación geográfica de la unidad médica	
		Misma entidad de residencia del usuario	Diferente entidad
Total	867	504	108
Aguascalientes	2	2	0
Baja California	5	5	0
Baja California Sur	0	0	0
Campeche	0	0	0
Chiapas	10	10	0
Chihuahua	7	7	0
Coahuila	4	4	0
Colima	0	0	0
Distrito Federal	212	204	8
Durango	1	1	0
Estado de México	185	103	82
Guanajuato	11	10	1
Guerrero	3	1	2
Hidalgo	12	10	2
Jalisco	3	3	0
Michoacán	9	8	1
Morelos	4	3	1
Nayarit	1	1	0
Nuevo León	3	2	1
Oaxaca	4	3	1
Puebla	13	11	2
Querétaro	9	9	0
Quintana Roo	12	11	1
San Luis Potosí	22	22	0
Sinaloa	13	12	1
Sonora	15	15	0
Tabasco	7	7	0
Tamaulipas	7	7	0
Tlaxcala	5	4	1
Veracruz	14	10	4
Yucatán	16	16	0
Zacatecas	3	3	0
No especificado	255	N. E.	N. E.

N. E.: No especificado

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional.

**Inconformidades atendidas por institución médica implicada
CONAMED, Enero - Junio, 2010.**

Institución médica	Total	%
Total	1145	100.0
De Seguridad Social	866	75.6
IMSS	662	
ISSSTE	186	
PEMEX	10	
SEDEMAR	2	
SEDENA	5	
Servicios médicos de la Policía Bancaria	1	
Servicios Privados	209	18.3
Consultorio (general o especializado)	158	
Hospital	37	
Clinicas (sin servicio de hospitalización)	13	
Laboratorio y gabinete	1	
Población sin Seguridad Social	61	5.3
Hospitales Federales de la Secretaría de Salud	35	
Servicios Estatales de Salud y del GDF ^{a/}	26	
Asistencia Privada	5	0.4
Asistencia Privada	5	
De Asistencia Social	4	0.3
Serv. Med. de Instit. Universitarias	4	

a/ Incluye Instituciones públicas del sector salud del Gobierno del Distrito Federal.

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática.
Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED).

**Quejas atendidas por principales especialidades del caso
CONAMED, Enero - Junio, 2010.**

Especialidad	Total	%
Total	867	100.0
Urgencias	150	17.3
Ginecología y Obstetricia	102	11.8
Traumatología y Ortopedia	98	11.3
Cirugía general	83	9.6
Medicina familiar	79	9.1
Odontología	72	8.3
Oftalmología	46	5.3
Urología	23	2.7
Cirugía plástica y estética	18	2.1
Cirugía neurológica	17	2.0
Pediatría	14	1.6
Cardiología	13	1.5
Neurología	12	1.4
Medicina interna	11	1.3
Oncología	11	1.3
Otorrinolaringología	10	1.2
Anestesiología	9	1.0
Medicina general	9	1.0
Otras especialidades	64	7.4
Sin elementos para definir	26	3.0

Fuente: CONAMED. Dirección General de Calidad e Informática. Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). Sistema de

²<http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/estadistica/&destino=sintesis2010.php> Última visita: 17 de octubre de 2010.

Por lo anterior, es preciso conocer las diferentes perspectivas de los actores involucrados, a manera de diagnóstico situacional, con la finalidad de minimizar futuros conflictos. Este análisis permitirá conocer la opinión de los actores que podrán ser sensibilizados en la perspectiva del otro, de acuerdo con el perfil de la población en la que están incluidos; igualmente, posibilitará modificar sus expectativas y lograr así la satisfacción de los participantes. De esta manera, este trabajo dará pauta a líneas de investigación dirigidas al logro de la satisfacción de pacientes, familiares y personal trabajador en el ámbito de la salud.

1.3. Planteamiento del problema

El artículo 2º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a la letra dice que “la Nación tiene una composición Pluricultural”; esto representa un reto para la Atención Médica, ya que los servicios prestados deben adecuarse a la población, dignificando a los individuos y previniendo conflictos entre los actores involucrados.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis 1:

A mayor conocimiento de la perspectiva de los actores involucrados en la Atención Médica, crece la oportunidad de mejora de la atención brindada en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco.

1.4.2. Hipótesis Nula:

A menor conocimiento de la perspectiva de los actores involucrados en la Atención Médica, disminuye la oportunidad de mejora de la atención brindada en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General:

- Analizar los principales aciertos y oportunidades de mejora percibidos respecto a la Atención Médica en el Hospital General Xoco.

1.5.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los principales aciertos y oportunidades de mejora percibidos por los pacientes atendidos en el servicio de Ortopedia en cuanto a la estructura y procesos de la Atención Médica.
- Conocer los principales aciertos y oportunidades de mejora percibidos por los familiares en cuanto a la estructura y procesos de la Atención Médica.
- Investigar los principales aciertos y oportunidades de mejora percibidos por los médicos ortopedistas en cuanto a la estructura y procesos de la Atención Médica.

1.6. Metodología de la investigación

Dado a que el artículo 4º Constitucional reconoce la composición pluricultural de los Estados Unidos Mexicanos y que en la sección B fracción III asegura el acceso efectivo a los servicios de salud aprovechando la medicina tradicional³, es preciso considerar que la población acudirá al Modelo Hegemónico o algún subalterno de acuerdo con sus apreciaciones, necesidades y cosmovisión, para atender las enfermedades y malestares que le aquejan. Sin embargo, cuando un individuo sufre un accidente, generalmente se trata de un evento traumático, el afectado es acogido por alguna de las instituciones que prestan servicios de salud y éstas se basan en el Modelo Médico Hegemónico. Por este motivo, la presente investigación fue realizada en el servicio de Ortopedia, ya que desde la inauguración del hospital, la mayor proporción de los casos involucran lesiones que requieren este tipo de atención; además, éste es el servicio que acoge la mayoría de los casos traumáticos; y en él claramente se puede observar que por lo general el ingreso a hospitalización no fue planeado, sino que se debe a causas de fuerza mayor, y se evidencia que el paciente no tendrá opción de elegir el lugar donde será atendido, de acuerdo con su cosmovisión.

1.6.1. Metodología

El presente estudio es indagatorio ya que se acudió directamente con los actores involucrados en la Atención Médica y se les preguntó acerca de ítems relacionados con estructuras y procesos implicados propios del área. El análisis describe la percepción de la Atención Médica de forma transversal; fue aplicado entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2010 a 44 pacientes hospitalizados en tal periodo, sus familiares (44 individuos) y 12 médicos tratantes. Los pacientes fueron seleccionados, en una primera instancia, de forma aleatoria simple y,

³ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada DOF 24-08-2009.

posteriormente, de este grupo, se eligieron sólo los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión detallados más adelante. La presente investigación representa un riesgo mínimo dado que la información proporcionada por los actores fue manejada con absoluta confidencialidad.

Se inició con la observación participante mientras se seleccionaron los candidatos para la aplicación del instrumento; después se recabó la información a la par de la observación participante para su análisis, discusión y emisión de resultados.

La observación participante y la aplicación de cuestionarios fueron llevadas a cabo por la investigadora, dado a que el proyecto fue autofinanciado. De este modo, no se requirió la calibración ni estandarización entre posibles colaboradores.

1.6.2. Universo

Se incluyeron a los pacientes, sus familiares involucrados y los médicos tratantes del servicio de Ortopedia en el área de Hospitalización.

1.6.3. Tamaño de la muestra

Dado a que más del 95% de los pacientes que conforman el universo requirió la colocación de material de osteosíntesis, provisto por el Sistema de Protección Social en Salud “Seguro Popular”, se tomaron en cuenta los egresos del servicio de Ortopedia ocurridos en el primer semestre de 2010, debido a que presentó un patrón similar en el periodo de espera para la dotación de tal insumo.

Para el cálculo de la muestra de pacientes y familiares, se consideró en promedio 111 egresos del servicio de Ortopedia correspondiente a los primeros seis meses de 2010; de los cuales sólo el 50% cumplía con los criterios mencionados más adelante. Este 50% correspondió a 55 pacientes como tamaño de la población y

se les aplicó la fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra. El nivel de confianza fue del 95%; la proporción de éxito esperada del 50%; la probabilidad de fracaso del 50% y el error máximo admisible del 3%. Se obtuvo así una muestra de 44 pacientes, equivalente al 80% de la población. Por esta razón, se consideró el mismo tamaño de muestra de familiares, para que fueran equivalentes:

- 44 Pacientes hospitalizados por lesiones traumáticas. Sin adeudos con la justicia o estar indiciados en calidad de presunto responsable, mayores de 18 años, despiertos durante su estancia, indistintamente hombres y mujeres.
- 44 Familiares que estuvieron presentes en el área de hospitalización al menos en un 80% de los días de estancia al momento de la recolección de datos, ya sea con pase permanente o durante la hora de visita. Mayores de 18 años, cuya relación con el paciente fuera como pareja, padres, hermanos, hijos, nietos; indistintamente hombres y mujeres.
- 12 Médicos Ortopedistas adscritos, vigentes entre el 1 de agosto y el 31 de octubre de 2010, equivalente al 80% del total de especialistas del área.

1.6.4. Criterios

- Inclusión: Cumplimiento total de los requisitos establecidos.
- Exclusión e interrupción: Cuando alguno de los actores retire su consentimiento de participar en la investigación.
- Eliminación: Cuando durante la estancia hospitalaria se les vincule con averiguación previa.

1.6.5. Prueba piloto

Para la confección del instrumento se consideraron los resultados reportados como quejas, sugerencias y felicitaciones al Servicio de Atención Ciudadana, registradas en los Buzones Internos del Hospital del 1 de enero al 30 de junio de 2010.

Se llevó a cabo una prueba piloto del 1 al 31 de julio de 2010, en la que se aplicaron 10 cuestionarios a pacientes, 10 a familiares y cinco a médicos, siendo en total 25 instrumentos.

Durante la aplicación se detectó la necesidad de reordenar los ítems para llevar una secuencia más lógica, de acuerdo con la estructura y procesos relacionados con la Atención Médica. Los ítems fueron redactados de la forma más simple con la finalidad de hacer la misma pregunta a cualquiera de los actores, sin que hubiera sesgo por una mala interpretación del significado; la modificación realizada a partir de la prueba piloto fue precisar el ítem "otras áreas", definiéndolas como las demás áreas hospitalarias que no fuesen los cubículos ni sanitarios, como es el caso de pasillos, salas de espera y área de Urgencias. Se agrupó en un mismo ítem la explicación del médico respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico, ya que todos los actores los consideraron y respondieron como una misma pregunta; mientras que el ítem del personal paramédico tuvo que ser precisado en personal de Enfermería y personal de Trabajo Social.

Con la prueba piloto se pudo determinar la especificidad, validez, sensibilidad y confiabilidad de la encuesta, al medir la percepción de los actores de forma fidedigna.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Atención Médica

2.1.1. Generalidades de la Atención Médica

El ser humano siempre ha tenido la necesidad de cuidar de sí mismo y de entender acontecimientos como la vida, la muerte y la enfermedad. Por ello la Atención Médica es una de las prácticas más antiguas de la humanidad. Esta práctica surgió basada en el uso de hierbas y otros componentes tomados de la naturaleza, así como en elementos mágicos característicos de cada cosmovisión.

Los problemas de salud que afectan a los individuos se convierten en elementos estructurales de todas las sociedades, por lo que surgen diversas prácticas para solucionarlos.⁴

2.1.1.1. Definición de Atención Médica

La Ley General de Salud de México define a los servicios de salud como “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”⁵; y los clasifica en “Atención Médica, de salud pública y de asistencia social”⁶. Asimismo, define la Atención Médica como “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”⁷; comprendiendo actividades “preventivas, curativas, de rehabilitación y

⁴ Barragán-Solís, A. *Interrelación de los Distintos Modelos Médicos en la Atención del Dolor Crónico en el Grupo de Pacientes con Neuralgia Posherpética*. Rev Cuicuilco.2005, vol 12(33). 61-78.

⁵ Ley General de Salud, art 23. Últimas Reformas DOF 27-04-2010.

⁶ *Ibid.* art 24.

⁷ *Ibid.* art 32.

paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario”.

2.1.1.2. Importancia de la Atención Médica

En 1948 la Organización Mundial para la Salud definió la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad”⁸. Este relativo estado de equilibrio bio-psico-social se considerada un proceso dinámico multifactorial donde la mente y entorno social del individuo cobran importancia al estar directamente relacionadas con la situación biológica del individuo⁹.

La Ley General de Salud considera define a un usuario de servicios de salud a: “toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado”¹⁰; teniendo derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.¹¹

2.1.1.3. Futuro de la Atención Médica

La tendencia de la Atención Médica apunta a la integración de aspectos sociales y culturales que también interactúan con el ente biológico que porta un

⁸ Caponi, S. *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, Brasil. Vol IV (2):287-307, jul.-out. 1997.

⁹ Schwartzmann; L. *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. Ciencia y Enfermería Chile, Vol. IX (2): 9-21, 2003

¹⁰ Ley General de Salud. *Op cit.* art 50.

¹¹ Ley General de Salud. *Op cit.* art 51.

padecimiento, mediante intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.¹²

2.1.2. Modelos de la Atención Médica

La enfermedad y su atención constituyen hechos en toda la sociedad; expresan no sólo fenómenos clínicos y epidemiológicos, sino también las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.¹³ En casi toda la sociedad, los padecimientos son tratados con una amplia diversidad de formas de atención. Los modelos de atención son las representaciones de una teoría abstracta¹⁴ que permiten explicar la dinámica de las distintas estrategias de atención a la enfermedad a las que recurren los grupos sociales.¹⁵

De acuerdo con el Antropólogo Eduardo Menéndez, los modelos se clasifican en Médico Hegemónico, Alternativo Subordinado y el basado en la Autocuración donde no participa directamente un curador profesional.¹⁶

¹² Schwartzmann; L. *Op cit.*

¹³ Menéndez, E. *El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. Salud Colectiva, La Plata, Argentina 1(1):9-32. 2005.

¹⁴ *Diccionario de la Real Academia Española*. Edición 22. España 2010.

¹⁵ Menéndez, E. "Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y Alternativas hacia una Fundamentación Teórica del Modelo de Autoatención", en *Salud. Arxiu D'Etnografia de Catalunya*. 1984, N°3. 85:118.

¹⁶ Barragán-Solís, A. *Op cit.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁷ clasifica los modelos como:

- Medicinas Tradicionales, donde se incluyen las medicinas aborígenes, populares y científicas clásicas.
- Científica Moderna
- Complementarias

2.1.2.1. Biomedicina como Modelo Médico Hegemónico

Está caracterizado por su biologismo, individualismo, mercantilismo ahistoricidad social y eficiencia pragmática; excluye fenómenos sociales, condicionantes culturales e ideológicas. Se instituyó avalado por la clase hegemónica, inicialmente en algunos países europeos y norteamericanos, entre fines del siglo XVIII y la segunda mitad del siglo XIX, a la par de la Primera Revolución Industrial. Aunque reconoce la existencia de factores socioculturales y económicos -sobre todo en caso de la epidemiología-, no recurre a ellos a nivel de los factores biológicos. Para interpretar y actuar sobre el proceso salud-enfermedad; considera propia la científicidad y es incompatible con lo ideológico/cultural. Potencialmente cumple funciones básicas: curativa/preventiva, normativa, de control y de legitimación.¹⁸

El modelo biomédico es la herramienta teórico-metodológica con la que opera el dominio del proceso salud-enfermedad-atención de las sociedades occidentalizadas.¹⁹ Contiene la perspectiva médica académica e institucional, con exclusivo ejercicio por el profesional de la medicina.²⁰

¹⁷ *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional 200-2005*. Editado por ONU-OMS. Suiza, 2002.

¹⁸ Menéndez, E. *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. Op cit.

¹⁹ Madariaga, C; Gavilán, V; Viguera, P; Madariaga, V. *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*. Rev Antrop Chilena Chungará. 2006, vol.38:1, pp. 152-155.

²⁰ Menéndez, E. *Modelo Médico Hegemónico*. Op cit.

El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.²¹ Con esta exclusión de las ciencias sociales se mantiene el cuerpo del paciente aislado de todo influjo interpretativo que amenace con incorporar el carácter explicativo que reconozca a la persona como un humano social e individual, que está multideterminado en una compleja trama de relaciones sociales.²²

Posterior a la década de 1950 han surgido hechos que cuestionan la Biomedicina a partir de la patología social y la enfermedad mental, al relacionar la Organización Panamericana para la Salud en 1973 lo biológico con fenómenos sociales. Investigaciones formales muestran la integración de lo social con lo biomédico para dar respuesta a estas nuevas inquietudes, como indignación e interrogantes derivadas de los experimentos realizados durante la Segunda Guerra y la Guerra de Vietnam.²³

²¹ Schwartzmann; L. *Op cit.*

²² Madariaga, C; Gavilán, V; Viguera, P; Madariaga, V. *Op cit.*

²³ Menéndez, E. El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Op cit.*

Menéndez considera que el Modelo Hegemónico se encuentra en crisis, debido a los siguientes factores:²⁴

- Evidencia de ineficacia o escasa eficacia para enfrentar algunos problemas de salud.
- Relación de algunos procesos con control más que con la cura de enfermedades.
- Creciente incidencia de la enfermedad mental y “patologías sociales”.
- Incremento de la importancia de la medicina laboral, ya que no basta la Biomedicina para abordar parte de la morbi-mortalidad.
- Eficiencia contra el constante incremento del consumo y costo médico.
- Evidencia, a raíz de la investigación generada durante la guerra de Vietnam, en que varios países trabajan en una ciencia e industria de la muerte.
- Problemas de infraestructura sanitaria y de dificultades de acceso a la atención biomédica por grandes sectores de la población.
- Evidencia por parte de la antropología, sociología, medicina y psiquiatría de la pobreza de que estos hechos tienen mayor gasto *per cápita* de consumo médico a nivel mundial.

²⁴ Menéndez, E. *Ibid.*

2.1.2.2. Modelo Médico Subalterno

En el Modelo Médico Alternativo se integran las Medicinas Tradicionales, que comprenden la herbolaria, la acupuntura, la medicina curanderil urbana, etcétera. Los rasgos estructurales de este concepto son la concepción globalizadora de los padecimientos y problemas. Las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y la sociabilidad, como condicionantes de la eficacia, la tendencia de exclusión de los otros de su saber y prácticas curativas.²⁵

El Modelo Subalterno da prioridad a la dimensión ideológico-cultural, pues concibe de forma conjunta al individuo, efectivamente como ente bio-psico-social; por ello, es rechazado por el Modelo Hegemónico y no le permite la expansión total. Se basa en los saberes populares, por lo general el conocimiento se delega de forma individual directa, de generación en generación.

En las comunidades indígenas las creencias y prácticas médicas constituyen un conjunto interrelacionado que forma una unidad de pensamiento y de acción. En el Modelo Hegemónico, la especialización de la medicina no pone en evidencia esa integración, y a ello se debe la frecuencia con que se toman como variables independientes partes de una unidad.^{26 27}

Por otra parte, es importante considerar la ausencia de una crítica a las miradas de los científicos sociales en relación con la invisibilidad de la biología o su determinismo social y cultural, que inhibe la comunicación entre las disciplinas.²⁸

²⁵ Barragán-Solís, A. *Op cit.*

²⁶ Aguirre-Beltran, G. *Obra Antropológica V: Programas de Salud en Situación Intercultural.* 1994, Editorial FCE, México.

²⁷ Menéndez, E. *El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores.* *Op cit.*

²⁸ Madariaga, C; Gavilán, V; Viguera, P; Madariaga, V. *Op cit.*

2.1.2.3. Medicina Tradicional

La Medicina Tradicional abarca los métodos curativos y remedios que forman parte del acervo cultural de ciertas comunidades tradicionales y que aún siguen estando en uso en las mismas. Se refiere tanto a los sistemas de medicina con terapias que pueden incluir medicación basada en hierbas, partes de animales o minerales; o bien, sin medicación como en caso de la acupuntura, terapias manuales y espirituales. Asigna un papel central a la capacidad del organismo de curarse por sí mismo, y trata de restaurar un sentido de equilibrio centrado en la relación del individuo con la comunidad y con la naturaleza. Está influenciada por factores culturales, religiosos y sociales, lo que la convierte en específica a cada comunidad e inherente a la identidad de los individuos que la componen, lo que probablemente sea la causa primordial para que la población mundial siga recurriendo a este tipo de Atención Médica, sea o no parte del Sistema Nacional de Salud.²⁹

Ya que existe una amplia gama de métodos para cuidar la salud y tratar las enfermedades, Eade y Williams (1995) proponen la siguiente clasificación dentro de la Medicina Tradicional:³⁰

- a) Medicina Tradicional Formal: Por ejemplo, la medicina indígena y las disciplinas médicas tradicionales como la hindú, china, ayurveda, siddha, unani, homeópata y la acupuntura que, en general, cuentan con material y tradición escrita, y una formación sistemática para el ejercicio de profesionales.

- b) Medicina Popular: El término refiere una enorme variedad de remedios y tratamientos que pasan de generación en generación, a veces particulares de un distrito, pueblo o familia. Sus prácticas generalmente

²⁹ *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional. Op cit.*

³⁰ Eade D, Williams S. *The Oxfam handbook of development and relief*. 1995, Vol 2, Oxford, UK. 767:772.

no están escritas, ya que son parte de la tradición oral, tanto en áreas rurales como urbanas. Esta medicina se presenta como una forma de tratamiento sobre la que las personas tienen control. La figura clave de este tipo de medicina tradicional es el curandero, que a su vez puede especializarse en un campo específico como los herbolarios, adivinos, curanderos espirituales, parteras tradicionales, chamanes, hueseros, etcétera.

- c) Medicina del Mercado Ecléctico: Se trata de comerciantes que venden desde antibióticos y botellas de tónico hasta hierbas medicinales y amuletos. Estos productos pueden ser útiles e inofensivos; o peligrosos, particularmente cuando están caducados son inapropiados y contienen dosis inadecuadas. Aquí figuran los medicamentos maravilla, ampliamente difundidos por los medios masivos de comunicación.

- d) Medicina Alternativa o Complementaria: Son tratamientos y métodos internacionalizados que surgen como Medicina Tradicional; abarcan la homeopatía, la acupuntura, las hierbas medicinales, el shiatsu y cualquier otro tipo de práctica médica que se convierte en internacionalmente profesionalizada. En este rubro se encuentran la magnetoterapia, la radiestesia, la radiónica, las flores de Bach, las sales de Schüssler, etcétera.

En países del sur de Asia, la Medicina Tradicional está tan bien arraigada en el sector privado y en ciertas instituciones, que ha ganado reputación nacional e internacional por la manufactura de remedios a base de hierbas; sus sistemas tradicionales de salud ya están institucionalizados, con las infraestructuras para formación, investigación y administración de cuidados sanitarios; cuenta, además, con unidades de salud y farmacias diseñadas para esta medicina.³¹

³¹ *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional. Op cit.*

2.1.2.4. Relevancia de los Modelos Médicos

La importancia de distinguir los diferentes tipos de Atención Médica radica en facilitar la comprensión del punto de vista con el cual está siendo abordada una población y si se adecúa a sus necesidades y expectativas.

Generalmente las Instituciones Médicas han sido descritas y analizadas exclusivamente a través de la perspectiva médica, y por ello se ha limitado la comprensión de las características y funciones de los modelos de atención.³²

2.1.2.4.1. Futuro de los Modelos Médicos

Se ha percibido insatisfacción cada vez mayor, en relación con ciertos aspectos del modelo biomédico, dado a que la población de los países en desarrollo así como la de los que tienen una sólida Medicina Tradicional, se inclina por remedios naturales y teme al uso irracional de medicamentos, ya que su cosmovisión tiende a ser holística.³³

El debate sobre la diversidad en salud y el papel de lo cultural ha emergido a partir del despliegue del proyecto de la Biomedicina y Salud Pública en países no occidentales; la demanda cualitativa de los países desarrollados por atención a enfermedades crónico-degenerativas; y la resultante complejidad cultural que acarrearán los procesos migratorios.³⁴

La Medicina Tradicional todavía no ha sido apropiadamente incorporada a los Sistemas de Salud Nacionales de la mayoría de los países en desarrollo, pues sus

³² Menéndez, E. *El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Op cit.*

³³ Dipierri, J. *Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. Cuadernos FHYCS-UN. Argentina 2004,(22)241:263.*

³⁴ Madariaga, C; Gavilán, V; Viguera, P; Madariaga, V. *Op cit.*

beneficios no son valorados; por esto se lucha por la promoción de la Medicina Tradicional y para ello hace falta:³⁵

- Buscar métodos de evaluación de los resultados terapéuticos propios de estas medicinas, para seleccionar las más efectivas y aplicables a la población.
- Analizar medicamentos tradicionales a partir de la herbolaria.
- Intensificar estudios de Medicina Tradicional en distintas culturas.
- Sensibilizar al Estado y a los profesionales del área médica acerca de la utilidad de esta medicina, encaminado a entender las necesidades actuales de cada país o población.
- Educar a los actores de la Atención Médica para darle el mismo valor a ambas medicinas.
- Establecer comunicación y sinergismo entre la Medicina Tradicional y los Sistemas de Salud Nacionales.

Resulta obligatorio el reencuentro de la medicina con la cultura, y es uno de los principales desafíos en el amplio campo de la salud para los inicios del tercer milenio; si esto se consigue, se logrará un nivel de consenso social con el enfermo y con su medio humano, suficiente como para otorgarle capacidad curativa.³⁶ La Organización Mundial de la Salud, con el apoyo del Departamento de Salud de Hong Kong, el 26 de mayo de 2010 lanzó el proyecto de la Primera Clasificación Internacional de la Medicina Tradicional, con el objetivo de desarrollar un estándar internacional para armonizar la terminología y la clasificación de este tipo de

³⁵ *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional. Op cit.*

³⁶ Madariaga, C; Gavilán, V; Viguera, P; Madariaga, V. *Op cit.*

medicina; lo que facilitará su estudio y evaluación en su papel preventivo y terapéutico.³⁷

2.1.2.4.2. Interculturalidad en Salud

La manera en que se integran los diferentes tipos de Atención Médica, y en especial las medicinas tradicional y la biomédica, es una cuestión compleja.³⁸

En el estudio de Barragán de 2005 se observó que las enfermedades crónicas permiten la interrelación de los distintos modelos de atención en una misma persona y para un mismo padecimiento, con el afán de encontrar alivio y tal vez la curación de la enfermedad. En términos generales, los pacientes optaron como primer recurso por la Autoatención; en segundo lugar, por la Biomedicina y por último, por los remedios contemplados en el Modelo Médico Subalterno.³⁹

No existe un único enfoque para abordar la problemática ni de cómo involucrar la Medicina Tradicional y a sus practicantes dentro del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, se reconoce que los recientes esfuerzos realizados en algunos países en desarrollo a favor de una integración son importantes para la supervivencia de los sistemas de conocimiento y de las culturas indígenas,⁴⁰ pese a que no lo han logrado en su totalidad. En la actualidad, el pluralismo médico puede notarse en la coexistencia de múltiples sistemas médicos.⁴¹

El proceso de la Atención Médica reflejada en la construcción de grandes hospitales ha orillado a implementar rasgos de despersonalización y burocratización de la relación médico-paciente; por esta razón, Menéndez refiere que en México los pacientes de clase baja o media baja, cuando tienen capacidad de compra, acuden en primera instancia a la consulta particular aun siendo

³⁷ http://spanish.news.cn/salud/2010-05/26/c_13317544.htm Última visita: 6 de septiembre de 2010.

³⁸ Eade D, Williams S. *Op cit.*

³⁹ Barragán-Solís, A. *Op cit.*

⁴⁰ Eade D, Williams S. *Op cit.*

⁴¹ *Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional 200-2005. Op cit.*

derechohabientes de un sistema de seguridad social y reservan este último recurso a la obtención de medicamentos o a la hospitalización.⁴²

2.1.3. Políticas Públicas para la Atención Médica

2.1.3.1. Generalidades de Políticas Públicas para la Atención Médica

Las políticas son las orientaciones o directrices que rigen la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado.⁴³

Ya que el saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos contruidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, posibilita que tanto enfermo como enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas, y que la atención se oriente básicamente a la enfermedad y no a la salud. Por esta razón, Menéndez menciona que las instituciones y departamentos en que se divide la gobernación para llevar a cabo las tareas administrativas concernientes a la Salud, en realidad deberían tomar el nombre de Secretarías y Ministerios de Enfermedad, dado a que las políticas se vierten principalmente hacia ésta: “El Estado, al asumir lo social, evita que el Sector Salud tenga que reconocer su papel en el proceso salud-enfermedad. De lo social se ocupará el Estado, no la biomedicina”. Asimismo, esta exclusión de lo social en la Atención Médica se expresa sobre todo en actividades clínicas y salubristas, basando la epidemiología en instrumentos devenidos de la investigación bacteriológica.⁴⁴

Las políticas públicas a nivel regional, nacional y más allá de las fronteras nacionales siguen definiendo la estructura de la economía del servicio y las condiciones bajo las cuales dicha competencia tiene lugar. En Latinoamérica, la democratización y las iniciativas políticas recientes crean economías que tienen muchas menos regulaciones que en el pasado. Las diferencias estructurales,

⁴² Menéndez, E. *El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Op cit.*

⁴³ *Diccionario de la Real Academia Española. Op cit.*

⁴⁴ Menéndez, E. *El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Op cit.*

sociales y políticas han provocado que la evolución de la administración de servicios resulte un proceso complejo en regiones como Latinoamérica, ya que existen diferencias abismales entre las necesidades y el comportamiento de los clientes de clase media y la enorme cantidad de personas que viven en pobreza.⁴⁵

2.1.3.2. Panorama mexicano de Políticas Públicas para la Atención Médica

La Declaración de Alma-Ata de 1978 instó a todos los gobiernos -entre ellos al de México-, agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo, integrando los sistemas médicos tradicionales dentro de los sistemas médicos nacionales de Atención Primaria a la Salud. Aunado, en el numeral IV a la letra dice “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.”⁴⁶

En la situación nacional, el establecimiento de una conducta higiénica implica alteraciones menores en la cultura que desencadena un cambio progresivo para toda la población.⁴⁷

El Sistema Nacional Salud Mexicano ha tenido avances importantes a partir de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, en instituciones públicas y privadas no se ha contado con una estrategia que impulse estas políticas. En este marco, surge la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que forma parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006. En él se consideraron como retos principales la equidad, protección financiera y de calidad de las instituciones,

⁴⁵ Lovelock, C; Reynoso, J; D’Andrea, G; Huete, L. *Estrategias de marketing, operaciones y recursos humanos*. Editorial Pearson. México 2004.

⁴⁶ *Declaración Alma Ata*, Organización Mundial de la Salud 1978. *Salud Publica Educ Salud* 2002; 2 (1): 22-24.

⁴⁷ Aguirre-Beltrán, G. *Obra Antropológica V. Op cit.*

con enfoque en la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida. Esta problemática se manifestó en la "Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000".⁴⁸

Aguirre-Beltrán (1994) ya mencionaba que la nutrición, el saneamiento del medio, el cuidado materno infantil, la prevención de las enfermedades infecciosas, la asistencia curativa clínica u hospitalaria y la educación higiénica, sólo podrán implementarse en una situación intercultural, donde se hallaran programas integrados que formaran parte de programas más amplios que, a su vez, abordan todos los aspectos posibles para conseguir en efectivo el bienestar físico, mental y social de la comunidad.⁴⁹

2.1.3.3. Programa Nacional de Salud 2007-2012

El Programa Nacional de Salud menciona que los sistemas de salud deben ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder de manera adecuada a las expectativas de los usuarios. Asimismo, resalta que el problema principal del Sistema Nacional de Salud respecto a la calidad es la enorme heterogeneidad existente entre los prestadores de servicios.

El diseño del Programa Nacional de Salud 2007-2012 se basó en el Plan Nacional de Desarrollo, que cuenta con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción, e incluye una visión prospectiva hacia el 2030 con los siguientes ejes como complemento al Proyecto de Nación para asegurar el Crecimiento y Desarrollo del País:⁵⁰

- Eje 1- Estado de Derecho y Seguridad

⁴⁸ Frenk, J. *Acuerdo de SSA da a conocer las reglas de indicadores de Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. México, 2002.*

⁴⁹ Aguirre-Beltrán, G. *Obra Antropológica V. Op cit.*

⁵⁰ *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.* Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007.

- Eje 2- Economía Competitiva y Generadora de Empleos
- Eje 3- Igualdad de Oportunidades
- Eje 4- Sustentabilidad Ambiental
- Eje 5- Democracia Efectiva y Política Exterior Responsable.

Dentro del Eje 3 para la Igualdad de Oportunidades, se ubica el desarrollo integral, que comprende a la Salud y a la Transformación educativa; dentro de los grupos prioritarios se contemplan los pueblos indígenas, la igualdad entre mujeres y hombres, grupos vulnerables, familia, niños y jóvenes; y por último, se incluyen la cultura y su esparcimiento, abarcando el arte, el deporte y la recreación.

Del mismo eje se desprende el Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”, con cinco grandes objetivos de política social:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
3. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México.⁵¹

El objetivo 3 “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”, busca mejorar las condiciones de salud de la población mediante servicios personales y de salud pública efectivos y seguros, para responder a las expectativas de los usuarios tomando en cuenta su diversidad cultural. Ambiguamente se plantea metas relacionadas con la cobertura y prevención de eventos adversos, y con el control de infecciones nosocomiales, omitiendo los aspectos culturales.

Para cumplir con estos objetivos se diseñaron las siguientes diez estrategias:

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios.
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades.
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud.
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

⁵¹ *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.* Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007.

6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.
7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona;
8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector.
9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.
10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

De estas últimas estrategias, la tercera: “Situación la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, está integrada a su vez por las siguientes líneas de acción:

- 3.1 Implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud.
- 3.2 Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud.
- 3.3 Impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de Atención Médica.
- 3.4 Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.

- 3.5 Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación.
- 3.6 Diseñar e instrumentar una Política Nacional de Medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud.
- 3.7 Fortalecer la vinculación de la bioética con la Atención Médica.
- 3.8 Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de Atención Médica

En la línea de acción 3.4 “Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas”, intervienen acciones como:

- Incorporar el enfoque intercultural, de género y de derechos humanos en la capacitación del personal de salud en formación, así como en la capacitación del personal administrativo, clínico y directivo de todas las unidades de atención.
- Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales al acceso a los servicios.
- Incorporar la perspectiva de género en los programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y Atención Médica.
- Incorporar la perspectiva de género en el programa de comunicación social de los programas prioritarios. Se incrementará gradualmente el porcentaje de campañas, mensajes y materiales de comunicación en salud que se elaboran con perspectiva de género.

- Capacitar al personal de salud especializado en la atención de personas con VIH/SIDA en competencias sobre derechos humanos, estigma y discriminación. El objetivo es que todas las unidades especializadas en atención de personas con VIH cuenten con personal capacitado para brindar atención libre de estigma, homofobia y discriminación.

De acuerdo con la línea de acción 3.5: “Proteger los derechos de los pacientes mediante el arbitraje y la conciliación” se vigilará el buen desempeño de los prestadores de servicios de salud mediante las siguientes acciones:

- Fortalecer las atribuciones y facultades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) relacionadas con la conciliación y el arbitraje con el fin de consolidar un modelo único de atención de inconformidades, desconcentrar su operación hacia las comisiones estatales y ampliar la cobertura de sus servicios.
- Promover el diseño y la utilización de guías clínicas relacionadas con las causas de controversia más frecuentes.
- Desarrollar investigaciones en el ámbito de su competencia para identificar causas y facilitar la aplicación de intervenciones.
- Difundir y aplicar, en forma desconcentrada y en coordinación con las comisiones estatales, un modelo de atención de inconformidades basado en criterios estandarizados que facilite el respeto de los derechos de los pacientes.

Tema	Principales propuestas por mesa de trabajo o general
Calidad en Salud	<p data-bbox="659 394 1365 420">Expectativas ciudadanas en relación con la calidad de los servicios de salud</p> <ul data-bbox="659 426 1430 663" style="list-style-type: none"><li data-bbox="659 426 1430 485">• Aval Ciudadano deberá participar en el análisis de resultados y toma de decisiones en procesos de mejora de los servicios de salud.<li data-bbox="659 489 1430 548">• Promover el desarrollo de la participación ciudadana de paciente pasivo a usuario activo y que incluya diferentes grupos sociales.<li data-bbox="659 552 1430 577">• Construir un sistema de seguimiento al cumplimiento de compromisos.<li data-bbox="659 581 1430 640">• Evitar la duplicidad de estrategias de participación ciudadana y evaluación de resultados entre los niveles de gobierno.<li data-bbox="659 644 1430 663">• Retroalimentar y generar compromisos viables.

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2012.⁵²

⁵² Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Op cit.*

2.1.4. Bioética en la Atención Médica

2.1.4.1. Importancia de la Bioética en la Atención Médica

Es pertinente analizar la importancia de la Bioética, dado a que el objeto central de la Atención Médica reside en el bienestar del hombre.

En 1997, Aguirre-Gas definió Calidad de la Atención Médica como “otorgar atención al usuario con oportunidad conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, así como las de los prestadores de servicios y de la Institución”⁵³; se manifiesta la necesidad de incluir los aspectos éticos dentro del concepto.

Como parte de la Atención Médica, el paciente tiene derecho a una atención conforme con los conceptos vigentes de la calidad, complementados por el respeto a los principios éticos en regla.⁵⁴

2.1.4.2. Definición de Bioética

La Bioética se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, contemplada a la luz de los principios y valores morales. Se reconoce la competencia de la Bioética en cuatro áreas: (1) problemas éticos de las profesiones sanitarias, (2) investigación médica-biológica en personas, (3) lo relacionado con la intervención sobre la vida de los demás seres vivos, ya sean plantas, animales o micro-organismos y (4) problemas sociales, políticas sanitarias y el área del derecho como un mínimo ético.⁵⁵

⁵³ Aguirre-Gas, H. *La ética y la calidad de la atención médica*. Cir Ciruj 2002; 70: 50-54.

⁵⁴ Aguirre-Gas, H. *Ibid.*

⁵⁵ *Encyclopedia of Bioethics*, vol. I, p. XIX, New York, USA 1978.

Para el análisis de casos y dilemas éticos derivados de la Atención Médica, se recurre a los Principios Bioéticos establecidos en 1979 por Beauchamp y Childress; éstos son: Autonomía, Beneficencia, Jurisprudencia y la No Maleficencia, y se vinculan directamente con los derechos fundamentales de la vida.⁵⁶ Se explican a continuación:

Principio de Autonomía. Establece que las personas han de ser tratadas como seres autónomos; cada quien tiene derecho a decidir sobre aquello que afecta su vida y salud. Es obligación del prestador de servicios respetar la autonomía del cliente, así como orientarlo para facilitar los procesos que deban llevarse a cabo.⁵⁷ Al ser el cuerpo y bienestar de un enfermo el objeto de la Atención Médica, resulta aún más relevante respetar la autonomía del paciente. El documento que plasma dicha autonomía es el Consentimiento Válidamente Informado, donde el paciente o representante legal autorizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos ampliamente explicados por el médico.⁵⁸

Principio de Beneficencia. Es la obligación de hacer el bien. Plantea que además de respetar y proteger las decisiones del paciente, también es preciso asegurar su bienestar. También, busca lograr el máximo beneficio con el riesgo mínimo.⁵⁹ Este principio incluye el no manipular ni informar imparcialmente.⁶⁰

Principio de Justicia. Se refiere al trato igualitario y a la imparcialidad en la distribución de cuidados, recursos, beneficios y riesgos por parte del prestador de servicios.⁶¹ Por esta razón, no es justo pagar un servicio y no recibir la contraprestación pactada u ofrecida; ni tener que aguantar la mala educación y la falta de sensibilidad o de preparación para escuchar, entender y dar lo que el

⁵⁶ Echenique-Portillo, R. *Mis apuntes de Bioética*. 2009, México, FCA-UNAM.

⁵⁷ Echenique-Portillo, R. *Ibid.*

⁵⁸ Lovelock, C; Reynoso, J; D'Andrea, G; Huete, L. *Op cit.*

⁵⁹ Echenique-Portillo, R. *Op cit.*

⁶⁰ Lovelock, C; Reynoso, J; D'Andrea, G; Huete, L. *Op cit.*

⁶¹ Echenique-Portillo, R. *Op cit.*

cliente espera. Tampoco lo es pagar por los problemas de otro; pagar la falta de calidad, los fallos o errores del prestador; ni ser engañados o manipulados por el prestador de servicios.⁶²

Principio de No Maleficencia. Parte del Juramento Hipocrático *primum, non nocere* sobre la obligación de no dañar o infringir un mal al enfermo.⁶³ Este principio se refiere básicamente a la Atención Médica pero también incide sobre todos los aspectos psicosociales del paciente.

Cabe mencionar que existen otros Principios también relevantes para la Atención Médica, como:

- Dignidad: Ningún individuo puede ser tratado como un simple medio.
- Universalidad: Estar en las mismas condiciones deben ser tratados de igual manera información todos los individuos tienen derecho a saber lo que les afecta confidencialidad.
- Equidad.
- Relación médico paciente con un trato individualizado y amable.
- Información con confidencialidad.
- Respeto al secreto profesional.
- Privacidad, siempre manteniendo el respeto a la dignidad de la persona.
- Trato humanitario.

⁶² Lovelock, C; Reynoso, J; D'Andrea, G; Huete, L. *Op cit.*

⁶³ Echenique-Portillo, R. Mis apuntes de Bioética. *Op cit.*

- Respeto al pudor.
- Muerte digna, que respete los principios culturales, morales y religiosos del individuo y sus familiares.

Vuori propone una serie de consideraciones éticas desde la perspectiva del paciente, justificando el incluir la satisfacción como parte de la Evaluación de la Atención Médica.⁶⁴

2.1.4.3. Futuro de la Bioética en la Atención Médica

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico presentó en 2001 siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que podemos resumir en la siguiente relación:

1. Tener relaciones médico-paciente respetuosas, que incluyan oportunidad de atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información al paciente sobre el pronóstico.
2. Obtener el Consentimiento informado antes de practicarle una intervención de riesgo y antes de usarlo como sujeto de un proyecto de investigación.
3. Contar con registros en su expediente clínico.
4. Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes y evitar la medicina defensiva.

⁶⁴ Caminal, J. *La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios*. Rev Calidad Asistencial España 2001;16:276-279.

5. Atender pacientes solamente cuando se esté facultado para ello, mediante el título o diploma de la especialidad que se trate, y no participar en prácticas delictivas como: aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
6. Referir al paciente cuando no se cuente con los recursos para su atención.
7. Atender las urgencias y no abandonar al paciente, inclusive en casos de huelga, catástrofe o epidemia.⁶⁵

La aplicación de la Bioética imprime dignidad y calidad a la Atención Médica, beneficiando directamente a todos los actores involucrados. Por esta razón se considera herramienta básica para el análisis de Políticas Públicas de Salud.⁶⁶

⁶⁵ Aguirre-Gas, H. La ética y la calidad de la atención médica. Op cit.

⁶⁶ Echenique-Portillo, R. Op cit.

2.2. Calidad de la Atención Médica

2.2.1. Generalidades de Calidad

La calidad es un concepto difícil de definir, pero fácilmente observable. El vocablo proviene del latín *qualitas*, *-ātis*, y del griego *ποιότης*; que significa cualidad. El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española en su vigésima segunda edición de 2001, define la calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. También la define como “calidez”.⁶⁷

La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y con la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades; por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando.

Para conseguir una buena calidad en el producto o servicio, hay que tener en cuenta tres aspectos importantes, las dimensiones básicas de la Calidad:

- Dimensión técnica: Engloba los aspectos científicos y tecnológicos que afectan al producto o servicio.
- Dimensión humana: Cuida las buenas relaciones entre clientes y empresas.
- Dimensión económica: Intenta minimizar costos tanto para el cliente como para la empresa.

Otros factores de la buena calidad son: cantidad justa y deseada, rapidez de distribución de productos o de atención al cliente, y precio exacto.⁶⁸

Una de las primeras acciones en la calidad de servicio es averiguar quiénes son los clientes y qué quieren y esperan de la organización. Sólo así se podrán

⁶⁷ *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Op cit.*

⁶⁸ Reyes Ponce, A. *Administración Moderna*. Editorial Limusa. México, 2007.

orientar los productos y servicios, así como los procesos, hacia la mejor satisfacción de los consumidores.

La calidad desde una perspectiva de producto es diferenciarse cualitativa y cuantitativamente respecto de algún atributo requerido; esto incluye la cantidad de un atributo no cuantificable en forma monetaria que contiene cada unidad de un atributo.

Desde el punto de vista del usuario, la calidad implica la capacidad de satisfacer los deseos de los consumidores. La calidad de un producto depende de cómo éste responda a las preferencias y a las necesidades de los clientes, por lo que se dice que la calidad es adecuación al uso de sí mismo en la actualización de los roles presentados a un consumidor.⁶⁹

2.2.1.1. Evolución de la Calidad

Han sido diversos los investigadores que han centrado sus estudios en la calidad. Este concepto surge en el seno de la Economía y a partir de ese punto la Administración la ha absorbido, planteando estrategias para su mejora. También otras disciplinas han incorporado el concepto de calidad para explicar y exigir mejores resultados en un servicio o proceso. A lo largo de la historia, el término *calidad* ha avanzado e incorporando conceptos; dejó de ser un requisito para convertirse en requerimiento, y evolucionó al extender su uso no sólo para referirse a objetos, sino también al sujeto⁷⁰.

Desde el origen de la humanidad, el hombre ha percibido diversas necesidades que ha satisfecho elaborando productos que cumplen requerimientos elementales, considerando el concepto de calidad como el cubrir tal función. Con la evolución de la humanidad, surgieron más necesidades que satisfacer y aparecieron el

⁶⁹ Koontz ,H. Administración Contemporánea, Editorial Mcgraw Hill. México, 1994.

⁷⁰ Barba Álvarez, A. *Cambio organizacional y cambio en los paradigmas de la administración*. México 2000. Iztapalapa 48 enero-junio del 2000. pp. 11-34.

intercambio de productos y la producción por parte de artesanos y maestros que diseñaban y controlaban la calidad de los objetos finalizados.

Los talleres poco a poco fueron creciendo para dar lugar a fábricas con métodos de producción más complejos y con mayor cantidad de trabajadores, por lo cual se comenzó a inspeccionar la calidad de los productos terminados, por medio de normas establecidas para detectar mercancías defectuosas. Esa medida permitió poner a la venta únicamente productos sin errores pero no permitía detectar las fallas durante la producción, lo que derivó en inspeccionar y controlar las fases por los diferentes departamentos, con una filosofía de prevención.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, surgen teorías y métodos que apuntan a elevar la calidad del producto puesto a la venta, lo que progresó hasta mejorar la satisfacción del cliente, se debiera a un producto o a un servicio.

A continuación se mencionan los autores que han tratado el tema de la calidad y sus teorías más sobresalientes:

- **William Edwards Deming (1900 - 1993).** Propone la aplicación de principios y técnicas estadísticas en todas las etapas de producción, para lograr una manufactura económica con máxima utilidad del producto por parte del usuario. Su teoría se basa en la premisa “Si no se mide no se controla, si no se controla, no se mejora”. Enuncia catorce pasos para lograr la calidad, y sus siete pecados mortales.
- **Joseph Moses Juran (1904 - 2008).** Define la calidad como la adecuación al uso y menciona que ésta implica todas las características de un producto que el usuario reconoce que lo van a beneficiar. Los productos y servicios cuentan con las características que el usuario ha definido como útiles. La calidad de diseño nos asegura que el producto va a satisfacer las

necesidades del usuario y que el uso que se le va a dar está contemplado en su presentación. Para poder hacer esto, primero se tiene que llevar a cabo una completa investigación del mercado, para definir las características del producto y las necesidades del cliente.

La *calidad de conformancia* tiene que ver con el grado en que el producto o servicio se apega a las características planeadas y con el cumplimiento de las especificaciones de proceso y de diseño. Para poder lograr esto, debe contarse con la tecnología, administración y mano de obra adecuada.

Esto involucra productos, clientes internos y clientes externos. La trilogía de Juran incluye la Planificación Financiera, Control Financiero, Mejora Financiera. El control de la calidad debe realizarse como una parte integral del control administrativo.

- **Philip Bayard Crosby (1926 - 2001).** Define la calidad como el cumplimiento de los requisitos. También menciona que la calidad es gratuita, ya que el dispendio de recursos es caro, por eso se busca que existan cero defectos. El propósito de la calidad es que el cliente esté satisfecho al cumplir el producto con ciertos requisitos desde la primera vez que se consume. La prevención es una palabra clave en la definición de la Calidad Total. Las seis C de Crosby son: comprensión, competencia, compromiso, comunicación, corrección y continuidad.
- **Walter Andrew Shewhart (1891-1967).** Habla de la calidad como el resultado de la interacción de dos dimensiones: la subjetiva (lo que el cliente quiere) y la objetiva (lo que se ofrece).

- **Kaoru Ishikawa (1915 - 1989).** Define como Calidad Total cuando se logra un producto económico, útil y satisfactorio para el consumidor. También, simplifica los métodos estadísticos utilizados para control de calidad en la industria a nivel general; recurre a los diagramas de Pareto para priorizar las mejorías de calidad y a diagramas de Pescado o diagramas de Causa y Efecto. Menciona que el control de calidad a nivel empresarial (CWQC) enfatiza que la calidad debe observarse y lograrse no sólo a nivel de producto, sino también en la compañía en sí y la vida personal. Los resultados de este enfoque son (1) que la calidad empieza y termina con educación y (2) que el primer paso en calidad es conocer las necesidades de los clientes.

- **Normas ISO (1947 a la fecha)**

En la actualidad, la Organización Internacional para la Estandarización o *International Organization for Standardization* conocida por sus siglas ISO, que hacen referencia a vocablo del griego ἴσος (*isos*) o igual, promueve el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación.

La Organización de carácter no gubernamental es una red de institutos en 163 países y una Secretaría Central en Ginebra, Suiza, para coordinar el sistema. Las normas emitidas son voluntarias. Define a la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. Ésta es un rasgo diferenciador o bien, una necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.⁷¹

Los sistemas de gestión de calidad involucran la responsabilidad de la dirección, la gestión de recursos y la realización del producto o servicio, así como su medición, análisis y mejora. Su filosofía está representada por los

⁷¹ <http://www.iso.org/iso/home.html> Última visita: 4 de septiembre de 2010.

siguientes preceptos: Di lo que haces, Haz lo que dices, Demuéstralo y Mejóralo.

Los principios que maneja son: Enfoque al Cliente, Liderazgo, Involucramiento de la gente, Enfoque de procesos, Sistema enfocado a la administración Mejora Continua, Toma de decisiones basada en hechos y Relaciones mutuamente beneficianas con proveedor. La metodología consta de capacitación gerencial; elaboración por escrito de una política de calidad; nombramiento de un representante de calidad; identificación de responsabilidades; identificación de procesos; elaboración por escrito de un manual de calidad; procedimientos de escritura; instrucciones de trabajo por escrito; capacitación en la forma de utilizar el sistema; así como la implantación.⁷²

2.2.2. Evolución de la Calidad de la Atención Médica

Los antecedentes de la preocupación por la calidad en la Atención Médica podrían remontarse al siglo XVII, cuando Sir William Pety se preguntó si la intervención médica era mejor que dejar al paciente sin ayuda alguna o, por otro lado, cuando se evaluaron los desenlaces de la hospitalización de pacientes, durante la guerra de Crimea.

Desde el inicio de los años ochenta, en Estados Unidos de América la calidad de la Atención Médica se ha vuelto una preocupación creciente en médicos y pacientes.

A partir de las percepciones de Relman⁷³, se proponen tres grandes revoluciones modernas en la Atención Médica:

⁷² Senlle, A; Martínez, E; Martínez, N. *Calidad en los Servicios*. Editorial Gestión 2000. España, 2001.

⁷³ Relman AS. *Assessment and accountability: the third revolution in medical care*. N Engl J Med 1988;319:1220-1222.

La primera revolución: La expansión (1940-1960); estuvo caracterizada por un rápido aumento en la cantidad de hospitales, de médicos y de avances de la técnica médica.

La segunda revolución: La limitación de costos (principios de los ochenta); En el segundo periodo, la creciente preocupación por los costos excesivos de la Atención Médica dio lugar a una serie de medidas que incluyeron la elaboración de categorías diagnósticas, con retribuciones fijas por parte de las compañías de seguros.

La tercera revolución: La estimación de la responsabilidad (fines de los ochenta); o estimación del riesgo, como un componente fácil de medir y que permitía la evaluación indirecta de la calidad, primer paso para tener un panorama muy general y superficial de lo que era la calidad de la Atención Médica que reciben los pacientes.

En relación con lo anterior, en el campo de la Atención Médica se ha hecho gran énfasis en la vigilancia y en las auditorias o evaluaciones como estrategias para medir la calidad del servicio médico a partir del análisis de la estructura, procesos, y resultados, conocidas también como las tres dimensiones de la calidad de Avedis Donabedian.⁷⁴

- **Avedis Donabedian (1919 - 2000)** transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. En la mayoría de sus escritos. Donabedian estuvo a la vanguardia de sus contemporáneos, descubriendo vastos panoramas intelectuales.⁷⁵

⁷⁴ Navarrete-Navarro S, Rangel-Frausto MS. *Las infecciones nosocomiales y la calidad de la atención médica*. Salud Publica Mex 1999;41 suppl 1:S64-S68.

⁷⁵ Frenk J. *IN MEMORIAN. Avedis Donabedian*. Salud pública Méx vol.42 no.6 Cuernavaca Nov./Dec. 2000.

Define la calidad en la Atención Médica como alcanzar los mayores beneficios posibles en salud al menor costo y con menores riesgos.

El tipo de atención que se espera maximice una medida incluyente de bienestar para el paciente. Después de haber tomado en cuenta el balance de los beneficios y las pérdidas esperadas propias del proceso de atención en todas sus partes; siendo el grado en que en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Las tres áreas a evaluar son y mejorar la calidad en la atención en los sistemas de salud son la estructura, procesos y resultados; considerándose como una de las pocas citas clásicas en el campo de la investigación en sistemas de salud. También exploró en la evaluación y monitoría de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencia.⁷⁶

Para su análisis, Donabedian señala tres puntos de vista diferentes según los elementos que la integran: aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno, los factores resultantes como el grado de atención, costos y riesgos y beneficios, y quién la define.⁷⁷

Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la Atención Médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la Atención Médica de calidad se definiría como el tratamiento que alcanzara el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos.

Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la Atención Médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y riesgos que comporte la asistencia. Este

⁷⁶ Frenk J. IN MEMORIAN Avedis Donabedian. Op cit.

⁷⁷ Ruelas BE. Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Sal Públ Méx 1990;32:225-31.

enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario. Desde una óptica social, en la definición de la calidad de la asistencia médica se considerarían los mismos factores que al enunciarla desde la perspectiva individual. Pero habría que estimar nuevos criterios: 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.”⁷⁸

En la calidad de la atención interrelacionan la atención técnica y la relación interpersonal, derivándose componentes adicionales y subcomponentes, que se agrupan en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención.

Mismos que pueden emplearse para el punto de vista de los administradores, el prestador de servicio y el usuario.⁷⁹

En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, es necesario considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de éste.⁸⁰

- **Hannu Vuori (1941 -)**, quien fungió en 1990 como responsable de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, se le ha reconocido por integrar las ciencias sociales con las biomédicas en el campo de la Medicina Social,⁸¹ al investigar problemas sanitarios

⁷⁸ Velásquez PL, Ruíz PN, Trejo C, A; Sotelo MJ. *La satisfacción de los usuarios en relación a la calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*. Arch Neurocién (Mex) Vol 11, No. 3: 183-190, 2006.

⁷⁹ Fernández-Busso, N. *Calidad de la atención médica*. En Fascículo N° 1, Programa de Educación a Distancia “Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud” OPS-ONU, 2008.

⁸⁰ Frenk J. *IN MEMORIAN Avedis Donabedian*. Op cit.

⁸¹ <http://www.um.es/universidad/historia-umu/dhc/hannu-vuori.php> Última visita: 6 de abril de 2010

relacionados con la atención y seguridad social^{82 83 84}. Resaltó la importancia de la satisfacción del paciente como parte de la Calidad en la Atención Médica.⁸⁵

Para Vuori, la calidad tiene dos categorías, una lógica centrada en procesos de toma de decisión y una óptima que incluyen los procesos destinados a los resultados de los servicios.⁸⁶

Actualmente, la norma internacional que ha dirigido la Calidad de la Atención Médica es la perteneciente a la Calidad en los Servicios, inscrita en la ISO 9000:2000. Ésta promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.⁸⁷

2.2.3. Componentes de la Calidad de la Atención Médica

Para Donabedian, la calidad de los servicios sanitarios se constituye fundamentalmente por un componente técnico representado por las investigaciones, tratamientos e intervenciones médicas; también, por un componente interpersonal, donde se contemplan la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; y asimismo, el componente de la amenidad o comodidad, que incluye las condiciones del entorno y hosteleras.

⁸² Vuori H. *Health under fire: Health Care in Wartime Conditions*. European Journal of Public Health. 1996 (6)4:237-238.

⁸³ Vuori, H. *Humanitarian assistance to a country at war: Does it make sense?* European Journal of Public Health. 1996 (6)4:239-244.

⁸⁴ Buwa, D; Vuori, H. *Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo*. The European Journal of Public Health 2007 17(2):226-230.

⁸⁵ Vuori H. *International Journal for Quality in Health Care* (1991) 3:183-189.

⁸⁶ Fernández-Busso, N. *Calidad de la atención médica*. *Op cit*.

⁸⁷ Senlle, A; Martínez, E; Martínez, N. *Op cit*.

Donabedian desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos: Estructura, Proceso y Resultado. Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.

La Estructura hace referencia a los medios empleados..Se define a los insumos concretos y cuantificables de edificaciones, equipamiento, medicamentos, insumos médicos, vehículos, personal, dinero y sistemas organizacionales; todos ellos necesarios, pero no suficientes para brindar una adecuada calidad de atención. También, la Estructura denota atributos concretos, mensurables y a menudo visibles.

El Proceso es el conjunto de procedimientos que los profesionales realizan por o para el paciente como la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; así como la respuesta de los pacientes a estas actividades. Se entiende todo aquello que se realiza actualmente para que el paciente reciba una adecuada prestación. Se puede decir que el proceso de atención es el elemento clave para asegurar la calidad. Asumiendo que exista un mínimo de condiciones adecuadas de medicamentos, equipo e insumos, un adecuado “proceso” de atención tiene una alta probabilidad de producir un resultado satisfactorio de la atención.

El Resultado evalúa los logros alcanzados tanto en el nivel de salud del paciente como en el grado de satisfacción con la atención recibida. Se entiende como la adecuada culminación del proceso de atención al paciente, con el tiempo e insumos requeridos. Los resultados son medidos normalmente por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades. Sin embargo, indicadores favorables pueden estar afectados por factores que no se encuentren directamente bajo el control de profesionales y trabajadores de la salud. Los factores culturales, viviendas con saneamiento básico y agua potable disponibles, dieta balanceada, medio ambiente, genética y otros, son condicionantes externos con directa relación a resultados adecuados y a una óptima calidad de vida y de salud. Por tanto, los éxitos de un adecuado

proceso de atención no están ni clara ni unívocamente relacionados al accionar de los profesionales y trabajadores de la salud.⁸⁸

2.2.4. Calidad de la Atención Médica en México

Tras la inauguración del Hospital La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1952, se inició la investigación en la Atención Médica con la Revisión de Expedientes Clínicos.

En 1962 la Subdirección General Médica del IMSS edita *Auditoría Médica*, donde se establecen los procedimientos de evaluación en el Sector Salud.

Entre 1972 y 1976 las publicaciones de González Montesinos, Lee Ramos y colaboradores consolidaron la evaluación del expediente clínico como instrumento para conocer la calidad con que se otorga la Atención Médica.

Enríquez de la Fuente, en 1976, llamó la atención acerca de la relación entre calidad y eficacia, al tiempo que Pucheu Regis, Tamayo Pérez y Garduño Navarro hacían énfasis en la importancia de la relación médico-paciente.

En 1984 se publican los trabajos de González Posada y colaboradores, acerca de la evaluación integral de las unidades médicas. Ellos introdujeron conceptos que no se habían aplicado antes, como la teoría de sistemas y la satisfacción con el trabajo realizado tanto por parte del usuario como del prestador de servicios, y de la institución con la calidad con que se otorga la atención. Al mismo tiempo aparecía la primera edición de Avedis Donabedian sobre la Calidad de la Atención Médica⁸⁹. Con las aportaciones de expertos procedentes de diferentes

⁸⁸ Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. Definición y métodos de evaluación. Ediciones científicas La Prensa Médica. México, 1984.

⁸⁹ Donabedian A. *Ibid.*

instituciones del Sector Salud, se editó y publicó *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud*.⁹⁰

Enrique Ruelas-Barajas y Reyes-Zapata, en 1990, definen Garantía de la Calidad como “conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional”.⁹¹ Para lograr la Gestión de la Calidad se aplican varias estrategias por medio de las cuales se da importancia a los conceptos que integran la gestión.

Aguirre-Gas en 1997 define la Calidad de la Atención Médica como el otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

Otros investigaciones contemporáneas sobresalientes son trabajos como los de Reyes Zapata y colaboradores sobre Círculos de Calidad; los de Bobadilla sobre Calidad de la Atención Obstétrica y particularmente los de Ruelas Barajas, que han permitido precisar conceptos sobre los diferentes enfoques de la calidad; así como los de Aguirre Gas de la Evaluación Integral de Hospitales de Tercer Nivel de Atención Médica.⁹² Frenk ha investigado mejora de los servicios de salud y ha hecho aportaciones relevantes en el Sistema de Salud Mexicano^{93 94 95}.

⁹⁰ Aguirre-Gas, H. *Administración de la calidad de la atención médica*. Rev Med IMSS(Mex) 1997;35(4):257-264.

⁹¹ Ramírez, AM; García, JEGA, Fraustro, SR. *Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 456-462, jul/set, 1995.

⁹² Aguirre-Gas, H. *Administración de la calidad de la atención médica*. Op cit.

⁹³ http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf Última visita: 12 de agosto de 2010.

⁹⁴ Frenk, J. *Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias*. Salud pública Méx. 2007, vol.49, suppl.1, pp. s14-s22.

⁹⁵ Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Publica Mex 2007;49 suppl 1:23-36.

Los conceptos de Calidad de la Atención Médica actualmente aceptados son: oportunidad, conocimientos médicos vigentes, satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas, posesión de un expediente clínico, entre otros.⁹⁶

2.2.4.1. Calidad de la Atención Médica según la Institución Prestadora de Servicios de Salud

En el acuerdo publicado en el Diario Oficial el 2 de marzo de 2002, la Secretaría de Salud da a conocer las reglas de operación específicas y los indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, donde el gobierno federal propone la mejora de los niveles de salud de los mexicanos a través de la garantía en el trato adecuado en la prestación del servicio.

Para este esfuerzo de mejora, el concepto de calidad de los servicios de salud se concibe con dos elementos:

1- Trato digno, cuyas características son:

- Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas sobre el servicio de salud que reciben.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.
- Interés manifiesto en la persona.
- Amabilidad.

2- Atención Médica efectiva, entendida como:

⁹⁶ Aguirre-Gas, H. *La ética y la calidad de la atención médica. Op cit.*

- Efectiva, que logre el resultado o efecto posible, de acuerdo con el estado que guarda la ciencia médica.
- Eficiente, con la cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido.
- Ética, de acuerdo con los valores socialmente aceptados.
- Segura, con los menores riesgos posibles.⁹⁷

2.2.4.2. Calidad de la Atención Médica según el Paciente

La calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico y con los cambios del estado de salud; la percepción de ésta varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación.⁹⁸

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente es cada vez más común, por lo cual es posible conocer los conceptos y actitudes asociados con la Atención Médica recibida y, si la institución de salud los detecta, también la retroalimentación es posible. Un ejemplo de esto es el análisis de las quejas de los pacientes descontentos. Encuesta Nacional de Salud II realizada en 1994, los indicadores fueron:

- Percepción general de la atención.
- Percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta.
- Motivos por los cuales los usuarios no regresarían a solicitar atención en el mismo lugar.⁹⁹

⁹⁷ Frenk, J. *Acuerdo de SSA da a conocer las reglas de indicadores de CNCSS. Op cit.*

⁹⁸ Caminal, J. *Op cit.*

⁹⁹ Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. *Op cit.*

En el marco de la Cruzada Nacional de Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), en 2001 se puso en marcha el Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad en 3,794 unidades médicas de primero y segundo nivel de atención. En ellas se da seguimiento a seis indicadores de Trato Digno, que son:

- Tiempo de espera para recibir consulta.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con el tiempo de espera.
- Porcentaje de recetas surtidas en forma completa.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con la entrega completa de medicamentos.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su diagnóstico proporcionada por el médico.
- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información sobre su tratamiento proporcionada por el médico.

Sin embargo, desde diferentes espacios se han expresado señalamientos de que estos indicadores no reflejan todo lo que esperan los usuarios en el trato recibido. La queja constante es que no se toma en cuenta la manera en que entienden la salud y la enfermedad, y el cómo quisieran ser tratados.

Esto se ha expresado con respecto a los grupos indígenas y campesinos, mujeres, ancianos, niños, personas con orientaciones sexuales diferentes, enfermos de SIDA, enfermos mentales, etc. Lo común a todos estos cuestionamientos es la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido por parte de los prestadores de salud, la intolerancia a las creencias personales y grupales, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto; aspectos que terminan por incidir en la satisfacción del usuario y, como se ha reportado por algunos autores, en menor apego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia

al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. Desafortunadamente, en muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes, en especial en zonas indígenas, como fue señalado en la recomendación No. 4 de diciembre de 2002 por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Por lo anterior, se consideró la reestructuración de los indicadores para asegurar la validez y confiabilidad en la medición del trato digno, y la inclusión del punto de vista del paciente. La Secretaría de Salud comenzó el proceso para incorporar en los indicadores la visión que poseen los grupos indígenas del país sobre la salud, la enfermedad y los factores del proceso de la Atención Médica que influyen en la satisfacción de los usuarios de estas comunidades.

Para la selección de los indicadores, se utilizaron los siguientes criterios:

- Que cumplan los criterios del sistema (Índice Nacional de Calidad) INDICA.
- Que sean indicadores no contemplados ya en la Cruzada Nacional de la Calidad.
- Como sólo se pueden incorporar pocos indicadores, que los seleccionados, agrupen otros muy específicos.
- Que sean de alta importancia para los usuarios de población indígena.
- Que haya facilidad para medirlos. Tomando en cuenta de que no existen recursos específicos para evaluar los indicadores.
- Que su valoración, despliegue un plan de acción para facilitar la intervención en un proceso de mejora de la calidad de la atención.

Con base en esos criterios, se seleccionaron los siguientes indicadores:

1. Respeto a la libre expresión con respecto a prácticas y creencias.
2. Satisfacción con la exploración física recibida.
3. Satisfacción con el tiempo de atención.
4. Uso de la lengua indígena en la unidad de salud.
5. Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de decisiones sobre su salud y su cuerpo.
6. Existencia de condiciones de acceso a la unidad de salud.¹⁰⁰

100 *Miradas Indígenas a la Calidad de la Atención Médica: Monitoreo de Indicadores Interculturales*. SSA, México. 2003.

2.3. Calidad del Servicio de la Atención Médica

2.3.1. Definición de Servicio

La Real Academia de la Lengua Española define servicio como favor que se hace a alguien; prestación humana que satisface alguna necesidad social y que no consiste en la producción de bienes materiales. Proviene del vocablo latino *servitium* que se refiere a la acción y efecto de servir.¹⁰¹

2.3.2. Generalidades de Mercadotecnia de Servicios

La administración de servicios es todavía de estudio relativamente nuevo. Nace de la necesidad de gestionar y mantener la calidad de los servicios que se brindan al cliente.

Es preciso mencionar en este rubro la mercadotecnia de servicios, dado a que la administración de servicios emana de ella. Kotler define mercadotecnia como aquellas actividades humanas dirigidas a satisfacer necesidades, carencias y deseos, a través de procesos de intercambio.¹⁰² La mercadotecnia de servicios también está integrada por la mezcla mercadológica (producto, plaza, precio y promoción) y se caracteriza por la intangibilidad de los servicios, la inseparabilidad de la producción y consumo simultáneo, la variabilidad al ser otorgados; así como por su carácter perecedero.¹⁰³

¹⁰¹ *Diccionario de la Real Academia Española. Op cit.*

¹⁰² Kotler, P. *Dirección de mercadotecnia: análisis, planeación, implementación y control.* Editorial McGraw-Hill. España. 1992.

¹⁰³ Priego Álvarez, H. *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos.* Editado por la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. 1996.

2.3.3. Evolución de la Mercadotecnia de Servicios

La mercadotecnia de servicios surge a principios del siglo XX y se enfoca, en principio, en la venta tanto de productos agrícolas como manufacturados; considera los servicios como auxiliares para la distribución y venta y no como el resultado de un proceso que podría ser ofrecido en el mercado por derecho propio. A partir de la década de 1980, la administración de servicios se desarrolla en Estados Unidos, derivada de la desregulación de las industrias de servicios como en el caso de los servicios financieros y el cuidado a la salud; conduciendo a una competencia intensa e incrementando de forma importante la necesidad de mejorar la administración.¹⁰⁴

Otro acontecimiento fue la celebración en 1984 de una serie de conferencias sobre mercadotecnia de servicios patrocinada por la Asociación Americana de Mercadotecnia (American Marketing Association); los temas y conceptos principales abordados incluyeron las clasificaciones, características y calidad del servicio, los encuentros entre los clientes y proveedores de servicios, el marketing de las relaciones, el marketing interno, los procesos de evaluación de los servicios por el cliente, el reto de ofrecer productos intangibles en el mercado, el diseño de servicio, los problemas de las gerencias de operaciones y los recursos humanos con relación al marketing de servicio y el mapeo de servicios (diagrama de flujo para operaciones de servicio).¹⁰⁵

En la actualidad se incluyen la calidad del servicio y la satisfacción del cliente, el manejo de los encuentros entre los clientes y los proveedores de servicios, el papel del cliente en la producción y entrega del servicio, el papel de los productos tangibles y de los ambientes físicos en las evaluaciones por el cliente y la tecnología en el diseño del servicio.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Lovelock, C; Reynoso, J; D'Andrea, G; Huete, L. *Op cit.*

¹⁰⁵ <http://www.marketingpower.com/Pages/default.aspx> Última visita: 23 de julio de 2010.

¹⁰⁶ Lovelock, C; Reynoso, J; D'Andrea, G; Huete, L. *Op cit.*

2.3.4. Mercadotecnia de los Servicios de Salud

La mercadotecnia de servicios de salud es definida por Priego en 1996 como la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con objeto de solventar necesidades o satisfacer expectativas en materia de salud. Esta herramienta de gestión procura la satisfacción de los usuarios o clientes y tiene como meta la calidad. Asimismo, detecta las necesidades sanitarias no satisfechas, ya sean biológicas psicológicas o sociales, y busca suplirlas con los servicios pertinentes.¹⁰⁷

Los factores condicionantes para el consumo sanitario son la mezcla mercadológica del producto, precio, plaza, promoción; la cultura sanitaria como valores, ideas, creencias y actitudes respecto a la salud; legislación planteada por el Estado; y los atributos del cliente como edad, género, escolaridad y nivel socioeconómico.

2.3.5. Características del Mercado de Servicios de Salud

- Oferta. Está conformada por las instituciones de salud públicas, los servicios médicos privados, las compañías de seguros médicos y las medicinas alternativas.
- Demanda. Es la disposición que tiene la persona de pagar por los servicios de salud; dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria y utilizarla según su grado de necesidad. La cantidad demandada de salud mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Priego Álvarez, H. *Op cit.*

¹⁰⁸ Zucchi, P; Del Nero, C; Maliz, AM. *Gastos en saúde: os factores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde.* Revista de Administração Pública. Brasil 1998, (32)5:124-47.

- Participación del mercado. Está dada por la proporción de sus ventas, es decir, su cobertura o utilización frente a las ventas totales. En México, los servicios públicos de salud tienen una cobertura mayoritaria frente a los provistos por la seguridad social, las empresas privadas y aseguradoras.¹⁰⁹
- Penetración del mercado. Es cuando todas las actividades de una institución de salud buscan acrecentar el uso de sus servicios.¹¹⁰
- Segmentación del mercado. Es la clasificación o agrupación de la población con características parecidas con objetos de reconocer sus exigencias sanitarias. Un segmento de mercado representa un grupo de consumidores o población que responde de manera similar ante un determinado estímulo del mercado sanitario.
- Selección del mercado meta. Es el proceso de evaluación del atractivo que ofrece cada segmento del mercado y la elección de uno o más de ellos como objetivos de presentación cuya necesidad o expectativa de salud se pretende cubrir o satisfacer. En las instituciones de salud públicas, la segmentación sirve para detectar qué población está mejor o peor atendida para así distribuir los recursos.
- Posicionamiento de productos de salud. Implica hacer lo necesario para que un producto o servicio de salud ocupe un lugar claro, distinto y positivo en relación con sus competidores en la mente de los consumidores meta.
- Comportamiento del consumidor. Son actos, procesos y relaciones sociales sostenidas por individuos y organizaciones para la obtención, uso y experiencias consecuentes con productos servicios y otros recursos.

¹⁰⁹ *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. 2005.

¹¹⁰ Lovelock, C; Reynoso, J; D'Andrea, G; Huete, L. *Op cit*.

- Modelo comportamental de utilización de servicios de salud de Andersen. Tiene como unidad de análisis al individuo y ofrece una perspectiva integradora del uso de los servicios sanitarios, que ha sido aplicada por psicólogos, economistas y sociólogos de la salud. Pretende explicar la conducta del consumidor como parte y producto de la sociedad; y sostiene que una vez analizada la conducta individual, y consecuentemente la conducta grupal, es posible explicar las reglas de funcionamiento de la conducta social.¹¹¹

En los servicios públicos, el consumidor sanitario actúa de manera pasiva; en general, hay una brecha entre las necesidades sentidas de los consumidores con las necesidades que para ellos determinan la organización de los sistemas de salud, lo que provoca una gran insatisfacción para el consumidor.

2.3.6. Generalidades de la Calidad del Servicio de la Atención Médica

El estudio de la Calidad del Servicio ha evolucionado velozmente a nivel mundial en las últimas tres décadas como consecuencia de su transformación postindustrial. Las dimensiones de la Calidad del Servicio son:

- Confiabilidad: Capacidad de proporcionar lo que se prometió, de manera segura y precisa.
- Compromiso: Conocimiento y cortesía de los empleados, y su habilidad de transmitir fe y confianza.
- Tangibles: Instalaciones físicas y equipo, así como la apariencia del personal.

¹¹¹ Priego Álvarez, H. *Op cit.*

- Empatía: Grado de preocupación y de atención individual proporcionado a los clientes.
- Capacidad de respuesta: Disposición de ayudar y de proporcionar servicio inmediato.¹¹²

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 Médica. Una de las acciones que han sido implementadas con la finalidad de mejorar, es la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.¹¹³

A finales de la década de 1980 surge el interés por el cambio en la gestión de los servicios basados en la planificación programática para la resolución de la demanda, en una nueva administración de sistemas de salud que otorga servicios de salud orientados a la satisfacción del paciente. Esta nueva tendencia considera la salud como un bien de consumo, lo que implica un replanteamiento de las actitudes tanto de los trabajadores como de los pacientes, incidiendo directamente en la relación médico-paciente.¹¹⁴

Los enfoques vinculados con la Calidad de la Atención Médica son diferentes y la evaluación debe dar atención a cada uno de ellos; sin embargo, en algunos de los aspectos señalados existe concordancia de las expectativas entre dos o inclusive entre los actores en la Atención Médica.¹¹⁵

De acuerdo con el estudio de Ramírez-Sánchez, en relación con la Encuesta Nacional de Salud II de 1994, a nivel nacional, los principales motivos de mala calidad entre la percepción de usuarios asegurados y no asegurados, son los

¹¹² Bradley T Gale. *Descubra el valor de su cliente*. Editorial Prentice Hall. México, 1994.

¹¹³ Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. *Op cit*.

¹¹⁴ Priego Álvarez, H. *Op cit*.

¹¹⁵ Aguirre-Gas, H. *Evaluación de la Calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas*. Salud Pública Mex. 1990; 32:170-180.

tiempos de espera; en segundo lugar, el mal trato personal, la no mejoría en el estado de salud, y por último, los motivos relacionados con los costos de la atención.¹¹⁶

2.3.6.1. Definición de Servicio de la Atención Médica

El servicio que se presta en la Atención Médica, está inmerso en lo más sensible de las relaciones humanas, en donde el profesional se entrega y da, como persona, su mayor y mejor esfuerzo para recuperar la salud perdida de la persona enferma. Como servicio, tiene un aspecto humano y otro económico.¹¹⁷

Ortega-Benito considera que las tres dimensiones de la Calidad de los Servicios de la Atención Médica que se interrelacionan son:

- Calidad para el cliente: Lo que los pacientes y cuidadores requieren del servicio.
- Calidad administrativa: Uso eficiente y productivo de recursos dentro de las políticas establecidas.
- Calidad profesional: Realización del servicio de acuerdo con las técnicas y procedimientos necesarios para cubrir las necesidades médicas del cliente.¹¹⁸

¹¹⁶ Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. *Op cit.*

¹¹⁷ Rentería-Torres, J. *¡Aaaaah! ¡Me duele!* Revista CONAMED. 2008, Vol 13, abril-junio 3-4.

¹¹⁸ Ortega-Benito, JM. *La auditoría médico-clínica (I). La calidad en los servicios sanitarios.* Med Clin (Barc) España 1994, 103: 663-666.

2.3.6.2. Definición de Satisfacción respecto a la Atención Médica

La satisfacción es un fenómeno determinado por factores culturales de los diversos grupos sociales, por lo cual su definición varía según el contexto social en que se encuentre el individuo.

El estudio de la satisfacción respecto a los servicios de Atención Médica se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para la investigación en servicios como para la mercadotecnia de salud. Cabe mencionar que la medicina no siempre puede curar, pero sí puede ser útil a los pacientes y satisfacer sus necesidades. Por ello, se debe realizar un análisis de la satisfacción.¹¹⁹

La satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales, así como un factor asociado a la utilización y conducta de quien recibe el servicio de Atención Médica, lo que explica su incorporación como medida de la calidad y su consideración como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias. Este concepto se relaciona con una gran variedad de factores como el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Las satisfacciones parciales se relacionan directamente con la satisfacción global por el servicio, por lo que se pueden considerar multifactoriales.¹²⁰

La opinión de un usuario sobre la satisfacción o insatisfacción deriva directamente de la calidad de un servicio, de sus características o de la información que le proporciona y constituye una información muy importante acerca del éxito o fracaso de un sistema para cubrir sus expectativas.¹²¹

La satisfacción de los pacientes que reciben Atención Médica se mide en tres dimensiones del servicio que contempla las instalaciones, la organización y el acto

¹¹⁹ Caminal, J. *Op cit.*

¹²⁰ Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. *La anatomía de la satisfacción del paciente.* Salud Publica Mex. 2008;50:162-172.

¹²¹ Cruz Alcudia, CM. *La satisfacción de los usuarios, un compromiso permanente.* Salud en Tabasco, Tabasco Vol. 14, Núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 767-768.

médico, según Serrano-del Rosal¹²²; o técnica, interpersonal y de las amenidades o comodidades, según el modelo de evaluación de Donabedian (1984).¹²³

2.3.7. Generalidades del Servicio de Hospitalidad

La Real Academia de la Lengua Española define hospitalidad (proveniente del latín *hospitalitas*) como la virtud que se ejercita con peregrinos, menesterosos y desvalidos, recogiénolos y prestándoles la debida asistencia en sus necesidades.¹²⁴ También se dice de quien acoge con agasajo a quienes recibe en su casa y asimismo, de la casa misma que es hospitalaria.

La hospitalidad es tan vieja como la humanidad misma. Pretende trasladar al clima de hogar los servicios que ofrece. Las dificultades de estos intentos es patente: se requiere trasladar un ambiente construido por elementos no materiales como los afectivos y morales, a ambientes externos al propio hogar. La hospitalidad, llevada a un nivel profesional o institucional, demandará de las instituciones y de los hombres que en ella laboren, un marcado sentido social y espíritu de servicio y generosidad para comprender las necesidades de los demás y ayudar a resolverlas.

La reciente preocupación por el cliente implica la urgencia de personal preparado para servir con eficacia. En el mundo de la hospitalidad, este asunto se convierte en prioridad por las complejas consecuencias que se derivan de la entrega de servicios intangibles, apreciables sólo a partir de la propia y única percepción de quien los describe y la cuantificación de quien los produce. Algunos pueblos, como el mexicano, han logrado mantener una cierta tradición hospitalaria.¹²⁵

¹²² Serrano-del Rosal R, Lorient-Arín N. *Op cit.*

¹²³ Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Op cit.*

¹²⁴ *Diccionario de la Real Academia Española. Op cit.*

¹²⁵ Henríquez-Ureña, P. *Estudios mexicanos*. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1984. México.

2.3.7.1. Servicio de Hospitalidad en la Atención Médica

Los factores internos como valores, costumbres y creencias se relacionan directamente con el grado de satisfacción de pacientes y familiares, ya que el servicio médico prestado es percibido como un todo que abarca la calidad técnica, interpersonal y las amenidades percibidas.¹²⁶

En México se han realizado importantes esfuerzos para llevar las amenidades a la población de forma intercultural, como en el caso de las hamacas instaladas en Campeche en 1997.¹²⁷

Respecto a los servicios de hospedaje en el ámbito hospitalario se han realizado investigaciones como las de Rodríguez-Vizcarra en 2009, donde se pretende mejorar el servicio brindado a pacientes y familiares procurando una estancia cómoda y agradable como coadyuvante en la Atención Médica.¹²⁸

Dada la creciente importancia de la hospitalidad en el ámbito de la salud, han surgido diversas empresas que brindan Atención Médica con un énfasis especial en brindar un servicio de calidad, con especial cuidado en este aspecto; tal es el caso de Schletterer Spa¹²⁹, Medical Tourism¹³⁰, Luxury Medical Care¹³¹, entre otras.

¹²⁶ Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Op cit.*

¹²⁷ Campos-Navarro, R; García-Vargas, F; Barrón, U; Salazar, M; Cabral-Soto, J. *La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleode hamacas en un hospital rural del sureste de México.* Rev Med IMSS (México) 1997; 35(4): 265-272.

¹²⁸ Rodríguez-Vizcarra, G. *Hospedaje Hospitalario: una nueva tendencia en la calidad del servicio, que determina el confort de nuestros pacientes, familiares y visitantes.* Rev. CONAMED. 2009; 14 (2): 36-39.

¹²⁹ <http://www.schletterer.com> Última visita: 20 de octubre de 2010.

¹³⁰ <http://medicaltourism.com> Última visita: 20 de octubre de 2010.

¹³¹ http://www.forbes.com/2003/07/08/cx_ns_0708healthintro.html Última visita: 20 de octubre de 2010.

2.4. Conflicto suscitado durante la Atención Médica

2.4.1. Generalidades de Conflicto

El vocablo conflicto proviene del latín *conflictus*, es la coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo, capaces de generar angustia ¹³²; surge cuando dos o más necesidades, metas o cursos de acción incompatibles sí.

La controversia, por otro lado, proviene del latín *controversia*, y es la discusión de opiniones contrapuestas entre dos o más personas ¹³³; implica el enfrentamiento entre dos partes o más, cuyos, valores y pensamientos contrapuestos.

Los conflictos como parte de la vida cotidiana funcionan como elementos para estimular el desarrollo del individuo y madurar las relaciones interpersonales. Ya que las situaciones en las que se presentan pueden ser atractivas o no, estos conflictos pueden ser: ¹³⁴

- Atracción-atracción. Cuando una persona se encuentra en medio de dos situaciones u objetos igualmente atractivos pero incompatibles. Son fáciles de resolver por tener consecuencias igualmente agradables o adecuadas.
- Evasión-evasión. Cuando ambas alternativas resultan igualmente desagradables o inconvenientes. Es más difícil de resolver.
- Atracción-evasión. Un mismo objeto o situación resulta ambivalente; presenta valencias positivas y negativas al mismo tiempo; ofrece ventajas e inconvenientes.

¹³² *Diccionario de la Real Academia Española. Op cit.*

¹³³ *Ibid.*

¹³⁴ Fuquen Alvarado, M. *Los conflictos y las formas alternativas de resolución*. Tabula Rasa. Colombia, enero-diciembre de 2003 No.1: 265-278.

De acuerdo con la relación que los conflictos guardan con los individuos, se clasifican en:¹³⁵

- Intrapersonales: Se ubican al interior de una persona (valores, sentimientos, ideas) por lo que también son llamados individuales.
- Interpersonales: Surgen entre dos personas con intereses contrapuestos.
- Intragrupales: Similares a los interpersonales, se producen entre subgrupos dentro del mismo grupo. Es importante resolverlos porque pueden finalizar en la división del grupo original.
- Intergrupales: Aquellos que se producen entre grupos.

Las principales clases de conflicto son:¹³⁶

- De rol múltiple: Donde una persona juega de manera simultánea varios roles. Se puede encontrar con frecuencia en un mando medio que tiene personal a su cargo y que, a la vez, es un subordinado de altos directivos.
- Escasos recursos: Surge en la organización cuando hay límite o escasez de recursos y los mandos superiores exigen la entrega puntual de resultados, o inclusive un mayor logro de metas.
- Valores y prioridades diferentes: Son de importancia relativa al tratarse de valores básicos que difícilmente cambiarán por ser el fundamento del enfoque de vida del individuo.

¹³⁵ Cascon-Soriano. P. *Educación en y para el conflicto: Cátedra sobre paz y derechos humanos. Editado por ONU-UNESCO, España. 2008.*

¹³⁶ Fuquen Alvarado, M. *Op cit.*

- Diferencias de percepción: Las diferentes percepciones de una situación, las causas, su impacto y las soluciones apropiadas a menudo pueden crear comportamientos defensivos y conflicto entre los individuos o grupos de trabajo. Inician a partir de una comunicación no efectiva o como consecuencia de la percepción propia de cada individuo o grupo. Cuando las causas se ubican en el campo de las percepciones (que desencadenan sentimientos y emociones) son de más difícil solución.

El conflicto atraviesa las siguientes etapas: aparición, percepción, reacción o comportamiento ante éste (evasión o enfrentamiento) y resultado derivado de experiencia previa, recursos y capacidades personales.

2.4.2. Manejo del Conflicto

Para el manejo del conflicto se recomienda:¹³⁷

- Descubrir la perspectiva positiva del conflicto, ya que los conflictos son oportunidades para el aprendizaje.
- Analizar los conflictos para descubrir su complejidad.
- Encontrar soluciones que permitan enfrentar los conflictos sin violencia, buscando llegar a soluciones en las que todos se vean favorecidos
- Desarrollar la asertividad y mejorar las habilidades de interrelación personal.

¹³⁷ Cascón Soriano, P. *Op cit.*

Para el manejo y solución de conflictos existen varios modelos y para prevenirlos se sugiere modificar las expectativas de cliente o probable quejoso.

A continuación se mencionan las generalidades del Modelo para el Manejo de Conflictos:¹³⁸

1. Aceptar que el conflicto existe y hacerle frente (al evadirlo sólo estaremos aplazándolo y tarde o temprano reaparecerá).
2. Analizar sus causas.
3. Valorar las consecuencias ante las situaciones antagónicas.
4. Tomar una decisión.

2.4.3. Conflicto suscitado durante la Atención Médica

En México se ha evidenciado que la diversidad cultural propicia el conflicto en diferentes ámbitos; por este motivo, en 2006, la Campaña Nacional por Diversidad Cultural de México manifestó que para la solución amigable del conflicto se debe recurrir a una negociación intercultural.¹³⁹

En los conflictos se exteriorizan las quejas, que son manifestaciones objetivas reales que permiten enfrentar una situación. La queja médica también refleja el nivel afectivo en la interacción de los actores involucrados en la Atención Médica.¹⁴⁰

¹³⁸ Ramos-Ramos, A; Beas-Nava, JA; Suro-Cedano, G; Vázquez-Cortés, FJ; Machuca-Martínez, LF; De-Alba-Macías, P; Becerra-Zavala, R. *El Conflicto en la práctica profesional de atención a la salud. Dimensión disciplinar y soluciones potenciales*. Universidad de Guadalajara. México, 2008.

¹³⁹ *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Campaña Nacional por Diversidad Cultural de México*. Editado por SSA. México, 2006.

¹⁴⁰ Rentería-Torres, J. ¡Aaaah! ¡Me duele! *Op Cit.*

Las quejas se generan por insatisfacción de los pacientes o sus familiares, tanto con el proceso y los resultados de la atención, como con la atención de sus expectativas.¹⁴¹

2.4.3.1. Manejo del Conflicto suscitado durante la Atención Médica

Al enfrentar los conflictos suscitados se puede recurrir a dos vías, la jurídica o al modelo alternativo de solución de controversias.¹⁴²

Los medios alternativos de solución de conflictos tienen la finalidad de complementar la vía jurídica y buscar los procedimientos para la resolución de las diferencias surgidas entre particulares durante la Atención Médica.

Éstos comprenden:

- Conciliación. Un tercero imparcial llamado conciliador propone soluciones a las partes en conflicto, pudiendo aceptarla o no. Estas propuestas se caracterizan por ser justas para ambas partes en cuanto a derechos e intereses; de este modo se evita un juicio, o bien, acelera el ya iniciado.
- Mediación. Un tercero imparcial llamado mediador trata de reducir la hostilidad mediante la comunicación y promueve que las partes encuentren soluciones al conflicto. La amable composición también implica un mediador, sin apego riguroso a derecho y con orientación a la equidad.
- Arbitraje. Un tercero imparcial llamado árbitro, da solución al litigio con estricto apego a derecho mediante un laudo.

¹⁴¹ Aguirre-Gas, H; Campos-Castolo, EM; Carrillo-Jaimes, A; Zavala-Suárez, E; Fajardo-Dolci, G. *Análisis crítico de las quejas CONAMED 1996-2007*. Revista CONAMED. 2008, Vol 13, abril-junio, 5-16.

¹⁴² *Ibid.*

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es una instancia materialmente jurisdiccional con un modelo alternativo para la solución de controversias suscitadas entre usuarios y prestadores de servicios de salud, creada por decreto presidencial en 1996.

Los procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial son gratuitos, ágiles, confidenciales y expeditos; pueden consistir en el arbitraje en amigable composición, arbitraje en estricto derecho y arbitraje en conciencia; es el arbitraje la opción más viable para resolver el conflicto cuando las partes no han podido llegar a un acuerdo a través de la conciliación. Para la resolución del caso, la CONAMED obtiene la opinión de un asesor externo, que es un Médico experto certificado.¹⁴³

El modelo mexicano de arbitraje médico:¹⁴⁴

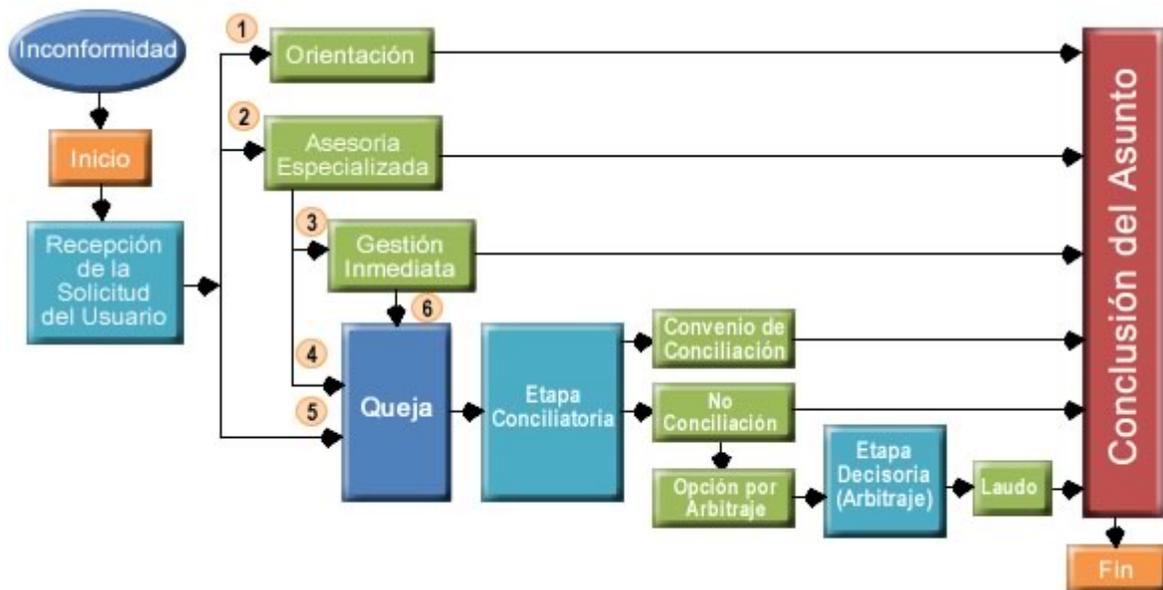
11. Se proporciona la orientación solicitada por paciente o familiar. Si no requiere otra atención personalizada, CONAMED concluye el asunto.
12. Se brinda la asesoría especializada al paciente o familiar cuando el caso lo requiere.
13. Una vez otorgada la asesoría especializada, si el caso es procedente para la CONAMED y si puede solucionarse mediante una gestión inmediata, ésta se realiza ante la institución médica con la que se relaciona.
14. Si posterior a la asesoría especializada, y si el caso es procedente para la CONAMED pero no puede resolverse en forma inmediata, se documenta la queja para turnarla al área correspondiente donde se llevará a cabo la etapa conciliatoria.
15. Una vez documentada la queja, se turna al área correspondiente para llevarse a cabo la etapa conciliatoria. Si en esta etapa se concilian las

¹⁴³ *Curso de Prevención del Conflicto derivado del Acto Médico. México, UNAM/CONAMED, 2010.*

¹⁴⁴ *Ibid.*

partes, se genera un convenio de conciliación y se concluye la atención en la CONAMED.

16. Si no se concilian las partes, se dejan los derechos de las partes a salvo y se concluye el asunto, o bien, las partes involucradas pueden optar por la etapa decisoria o arbitraje, donde la CONAMED emite un laudo y hasta entonces se concluye dicho asunto.



Fuente: CONAMED.¹⁴⁵

El análisis de casos consiste en la valoración y legitimación del acto médico, en la revisión del apego a derecho y en que se haya procedido de acuerdo con los principios bioéticos. Para el análisis es preciso revisar si el médico está facultado como tal, con título y cédula profesional, de acuerdo con el artículo 5° Constitucional¹⁴⁶; también, si cuenta con el Consentimiento Válidamente Informado del paciente o responsable legal y asimismo debe considerarse si se cumplió con las obligaciones de medios, seguridad y resultados.

¹⁴⁵ <http://www.conamed.gob.mx/servicios/&destino=proarbitral.php&seccion=80>. Última visita: 17 de octubre de 2010.

¹⁴⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Op cit.*

Durante el análisis se reconstruye el caso, considerando únicamente los aspectos controvertidos, las pruebas ofrecidas por las partes y la medicina científica basada en evidencia.¹⁴⁷

Las ventajas del arbitraje en estricto derecho o en conciencia que destaca la Constitución son que permite a las partes:¹⁴⁸

- Fijar el procedimiento y evitar trámites innecesarios.
- Señalar la legislación aplicable.
- Designar al juez competente para la ejecución del laudo.
- Conciliar en cualquier momento.
- Tener mayor celeridad procedimental.
- Poseer confidencialidad en el procedimiento.
- Sostener mayor oralidad.
- Contar con la participación de especialistas.
- Acortar instancias, mediante la renuncia a la apelación.
- Gozar de una mejor apreciación de lo acontecido en el evento médico.
- Beneficiarse con un protocolo especial para el conocimiento y resolución del caso.

¹⁴⁷ Dubón Peniche, MC. *Cátedra de Logística de las Controversias en la Prestación de Servicios de Salud*. Semestre 2010-1, Posgrado FCA, UNAM.

¹⁴⁸ <http://www.conamed.gob.mx> Última visita: 17 de octubre de 2010.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. Hospital General Xoco

El Hospital General Xoco es una Unidad Médica General de Segundo Nivel enfocado a tratamiento traumatológico. Perteneció a la red de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF), y presta servicios de Atención Médica ambulatoria, internamiento, y consulta externa. Se ubica en Avenida México Coyoacán sin número, esquina Bruno Traven, en la Colonia General Anaya, con Código Postal 03340, en la Delegación Benito Juárez.



Dado que administrativamente, un hospital es el modelo más complejo de organización, y la demanda constante de servicios por parte de la población, exige una constante adaptación. El Hospital General Xoco es uno de los hospitales más grandes de la red de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Atiende a la población referida de los Centros de Salud y urgencias; tanto a derechohabientes de programas de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal en Hospitales, Sí Vale y Seguro Popular, como a la población abierta. Proporciona, igualmente, los servicios médicos de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización de Medicina Interna, Ginecología, Neurocirugía, Cirugía General, Ortopedia y Cirugía Plástica y Reconstructiva.

3.2. Reseña histórica del hospital

El nosocomio fue inaugurado el 25 de enero de 1962, como Hospital de Urgencias Coyoacán Xoco, por el entonces presidente de la República Adolfo López Mateos. Contaba con una sala de Urgencias con ocho camillas, un cubículo para atención ginecológica, cuatro quirófanos, rayos X, Unidad de Cuidados Intensivos y Laboratorio Clínico.

En 1975 se impartió el Primer Curso Avanzado para la Atención Prehospitalaria con reconocimiento oficial. En este año se inauguró el Banco de Ojos, el cual fue el primero en la República, el cual cerró en 2001.

Gana la categoría de Unidad Médica General de Segundo Nivel, en 1984, posterior a la remodelación e instalación total de 204 camas censables y nueve no censables, en Urgencias; con cubículo de choque o “Cuarto de Reanimación”. Se implantaron servicios de Cirugía Articular, Auxiliares de Diagnóstico con Tomografía, Endoscopía, Ultrasonido, Laparoscopía, rayos X y un área de quemados que cerró en 1994.

En 2000 se remodeló la Consulta Externa al abrir un acceso por la calle Bruno Traven, intercomunicar consultorios y reubicar el Archivo Clínico, así como los servicios de Artroscopía, Maxilofacial, Dental y Otorrinolaringología dentro del área.

También se han remodelado áreas como las salas de espera de Urgencias, la Unidad de Cuidados Intensivos y los Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Se construyó un segundo nivel en la Consulta Externa para ubicar los consultorios de Dermatología y del área de Atención Primaria y Preventiva. Asimismo se construyó un almacén temporal de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos al margen del helipuerto.

En 2003 comienza a funcionar el Banco de Sangre y en el 2004 el servicio de Tococirugía fue remodelado. Se abrió un módulo para atención de Neonatos, área blanca con dos quirófanos de los cuales funciona uno, un área de Expulsión y se amplió la Sala de Labor y la estancia para médicos y enfermeras.

A partir de 2008 inicia labores la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante, con procuración y extracción de corneas, riñón y hueso.

En 2009 se instaló la Resonancia Magnética, y se reubicó el almacén temporal de Residuos ¹⁴⁹

¹⁴⁹ <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php#> Última visita: 4 de noviembre de 2010.

3.3. Misión

Brindar atención médico quirúrgica oportuna y acertada a la población usuaria, con profesionalismo de elevado nivel académico y alto sentido humanitario.

3.4. Visión

Ser el mejor hospital regional de traumatología, que ante los eventos violentos actúe de forma oportuna y eficaz, con personal altamente capacitado que garantice bienestar bio-psico-social de la población que lo demande.

3.5. Valores

- *Equidad*
- *Respeto*
- *Discreción*
- *Profesionalismo*
- *Productividad*

3.6. Objetivos

- Brindar atención regional de traumatología de calidad a la población usuaria.
- Otorgar Atención Médica de urgencias a todo usuario que lo demande.
- Garantizar el tratamiento médico eficiente, oportuno y eficaz a los usuarios.

3.7. Estructura

El hospital se enfoca en la atención de lesiones traumáticas en adulto. Cuenta con un área de Hospitalización, Consulta Externa, Urgencias y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

La capacidad de atención instalada es:

- Camas censables: 199
- Camas no censables: 81
- Consultorios: 18

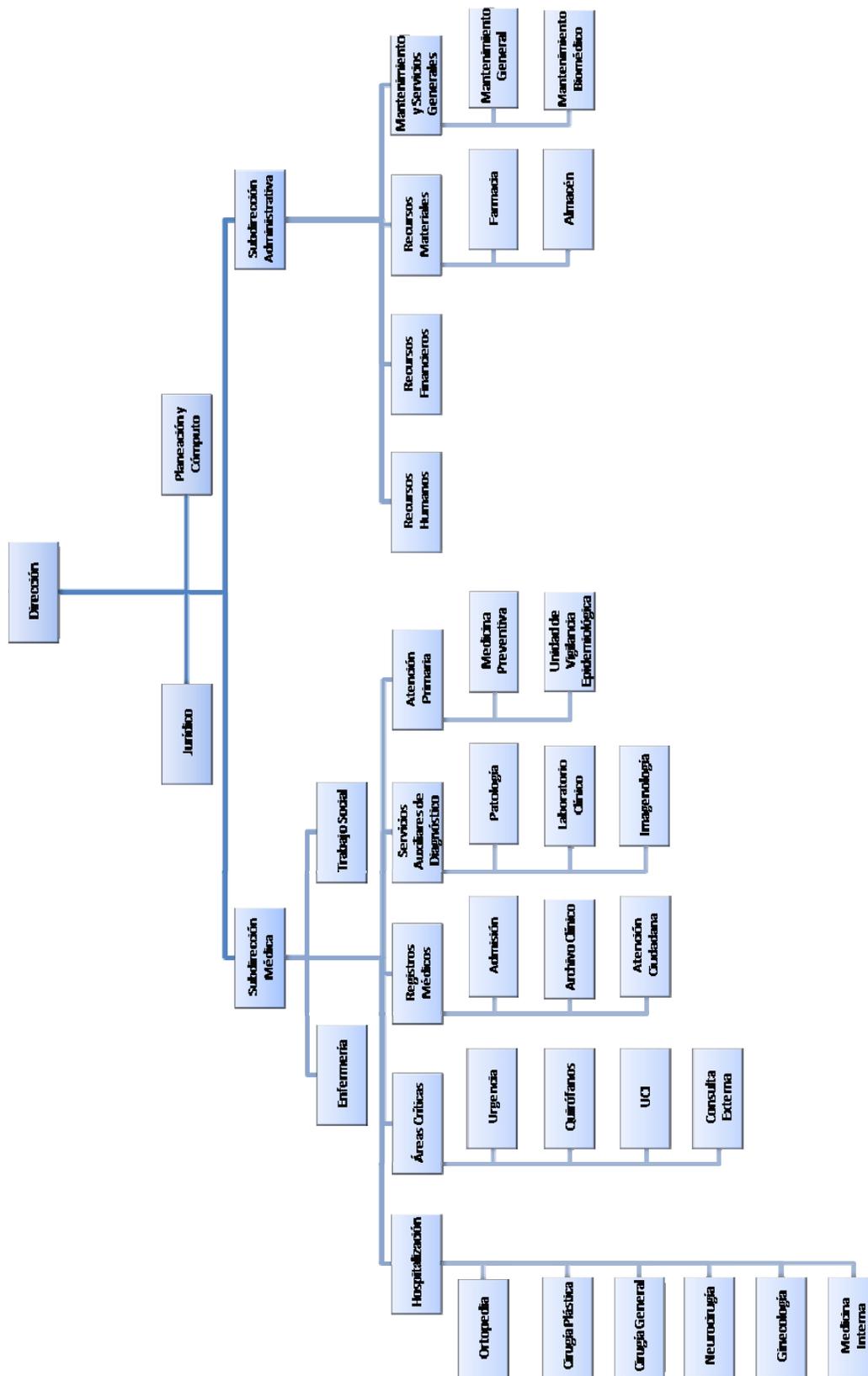
3.8. Organización

El Hospital General Xoco, así como los otros 29 hospitales de la red, depende directamente de la Dirección de Hospitales Generales, que a su vez es parte de la Subsecretaría de Servicios Médicos e Insumos de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Brinda los servicios de Urgencias, Cirugía Articular, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dental, Dietología, Ginecología, Medicina Interna, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Psicología y Psiquiatría.

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento son Anestesiología, Inhaloterapia, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Endoscopia, Ultrasonido, Rayos X, Tomografía, Patología y Resonancia Magnética.

La organización interna se presenta a continuación.



3.8.1. Servicio de Traumatología y Ortopedia

El servicio de Ortopedia brinda Atención Médica especializada y subespecializada, enfocada en la prevención y tratamiento de las enfermedades músculo esqueléticas; la Traumatología se encarga de las lesiones traumáticas.

Desde su inauguración en 1962, el Hospital General Xoco presta servicios médicos que en la mayoría de los casos atienden lesiones traumáticas.

3.8.2. Servicio de Atención Ciudadana

La Secretaría de Salud del Distrito Federal implementó desde agosto de 2003 los Módulos de Atención ciudadana, con la finalidad de brindar al público usuario una herramienta para la mejor utilización de los servicios médicos, así como un instrumento de retroalimentación para elevar la calidad de los servicios que se prestan. Busca incrementar la calidad de los servicios prestados facilitando la comunicación con pacientes y familiares, además de contar con los mecanismos para manifestar inconformidades o quejas si se es tratado en forma incorrecta, o bien, si se detecta alguna desviación en el proceso de la Atención Médica, así como para expresar la satisfacción hacia el servicio recibido.

Los Módulos de Atención Ciudadana deben tener la utilidad de satisfacer la necesidad de información y orientación de los usuarios y derechohabientes, así como la atención de inconformidad por recibir servicios deficientes y en un sentido, satisfacer las expectativas de calidad y calidez de derechohabientes y usuarios en las unidades hospitalarias.

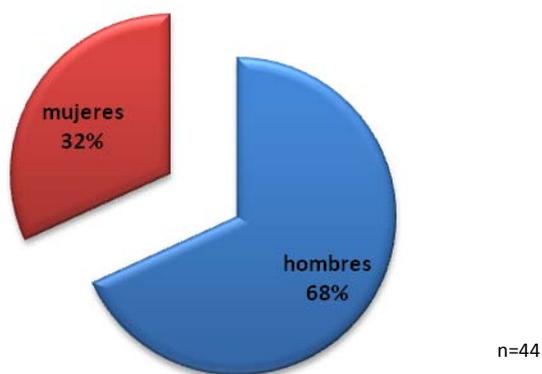
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados de los Cuestionarios

4.1.1. Perfil del paciente

Se aplicó 30 cuestionarios a pacientes hombres, equivalentes al 68% del total de las encuestas, y 14 a pacientes mujeres, equivalentes al 32%.(Gráfica 1)

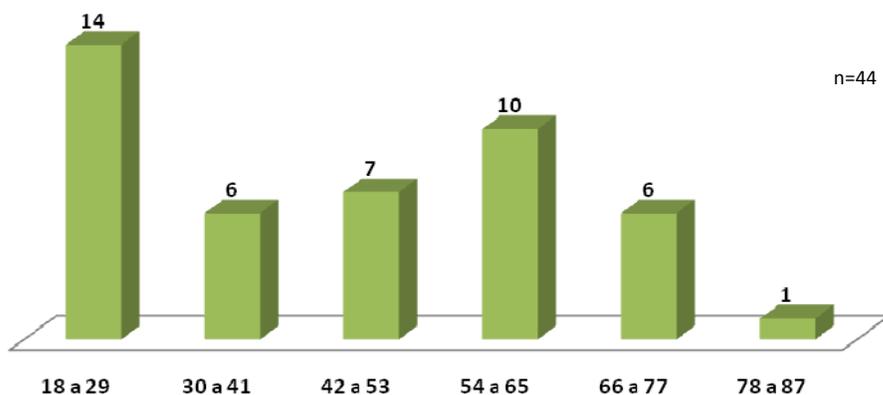
Gráfica 1. Proporción de pacientes por sexo



Fuente: Cuestionarios aplicados.

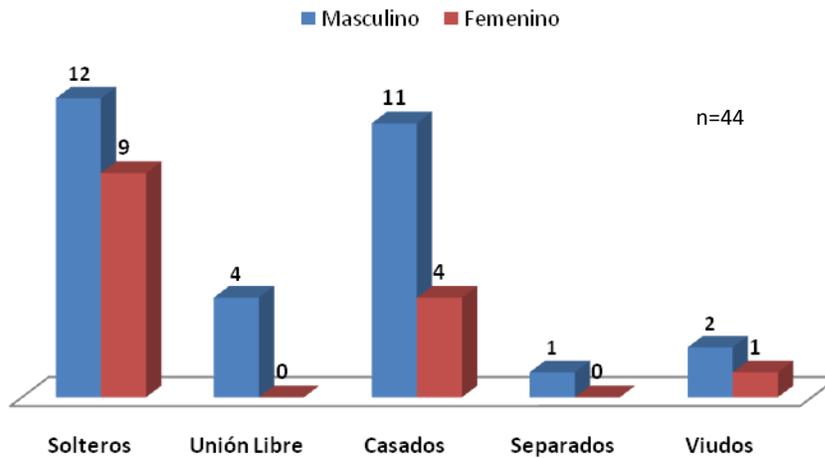
La edad de los 44 pacientes osciló entre los 18 y 70 años de edad; la media fue 44.3 años y la edad más frecuente fue de 21 años. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Distribución de frecuencia de edad de los pacientes



Fuente: Cuestionarios aplicados.

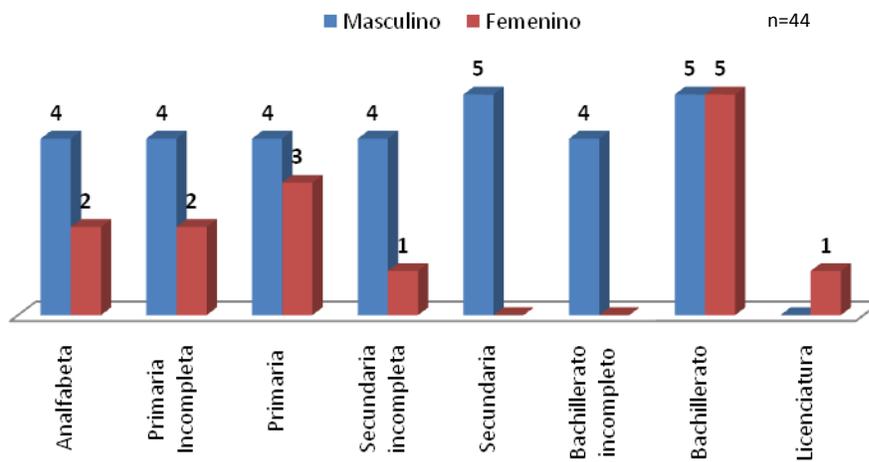
Gráfica 3. Distribución de pacientes por estado civil



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La mayor parte fueron solteros, tanto para el caso de los hombres como para el de las mujeres; en segundo lugar se ubicaron los casados; después, los que viven en unión libre; posteriormente los de viudez y, por último, los separados. (Gráfica 3)

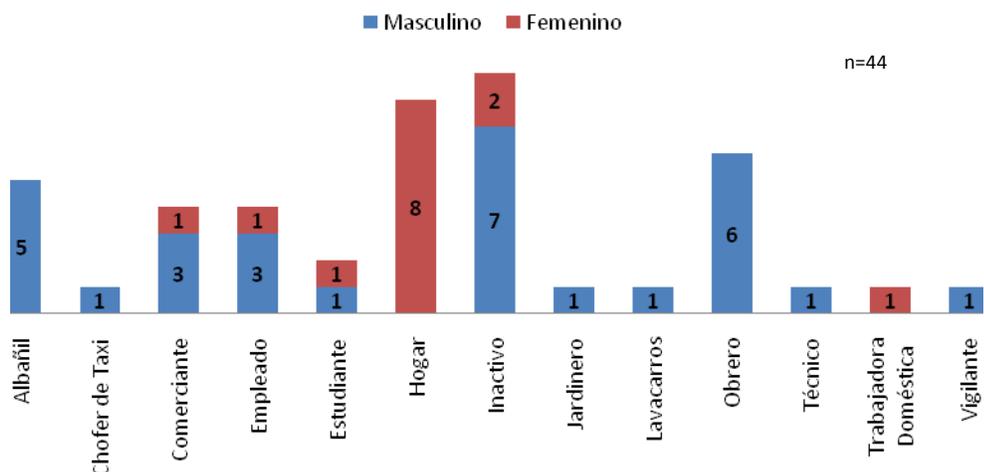
Gráfica 4. Distribución de pacientes por grado de escolaridad



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La mayor parte de los pacientes concluyó el bachillerato (un 22.7% del total), y la menor parte finalizó una licenciatura (sólo un 2.2% del total). Esto quiere decir que el grueso de población de pacientes abordados cuenta con un nivel educativo bajo. (Gráfica 4)

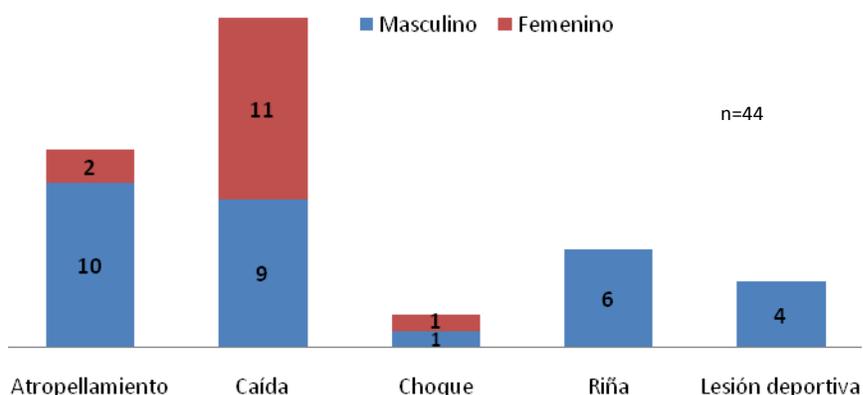
Gráfica 5. Distribución de la ocupación de los pacientes por sexo



Fuente: Cuestionarios aplicados.

Los pacientes inactivos se ubicaron en primer lugar de frecuencia, y la mayoría fueron hombres; por lo general, los pacientes se dedican al subempleo. (Gráfica 5) Estos fenómenos ameritan ser analizados desde el punto de vista sociocultural en una investigación ulterior.

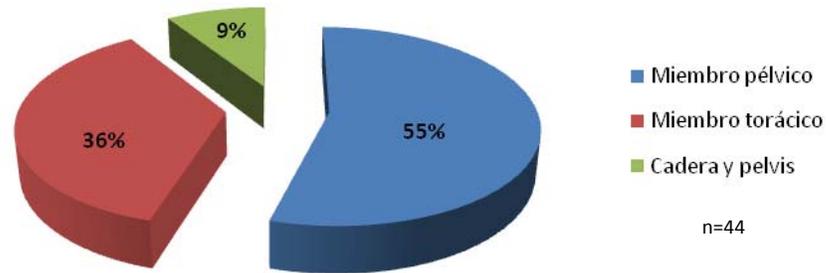
Gráfica 6. Distribución de motivo de ingreso por sexo



Fuente: Cuestionarios aplicados.

El motivo principal de ingreso fue la caída, tanto en hombres como en mujeres; en segundo lugar, el atropellamiento, mientras que el motivo de menor frecuencia fue el choque automovilístico. (Gráfica 6)

Gráfica 7. Región corporal lesionada



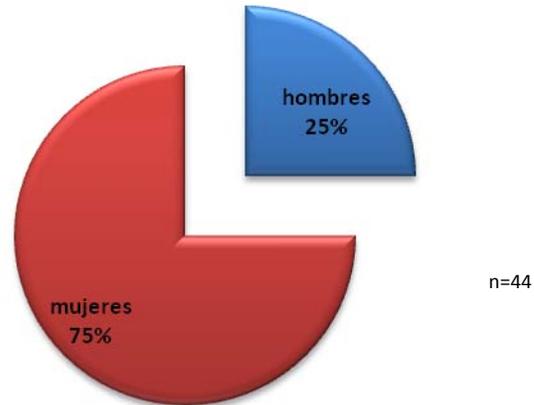
Fuente: Cuestionarios aplicados.

La mayoría de los pacientes encuestados presentaron lesión en miembro pélvico, congruente con el motivo de ingreso reportado. (Gráfica 7)

4.1.2. Perfil del familiar

Se aplicó 11 cuestionarios a familiares hombres, equivalente al 25% de los encuestados, y 33 a familiares mujeres, equivalente al 75%. (Gráfica 8)

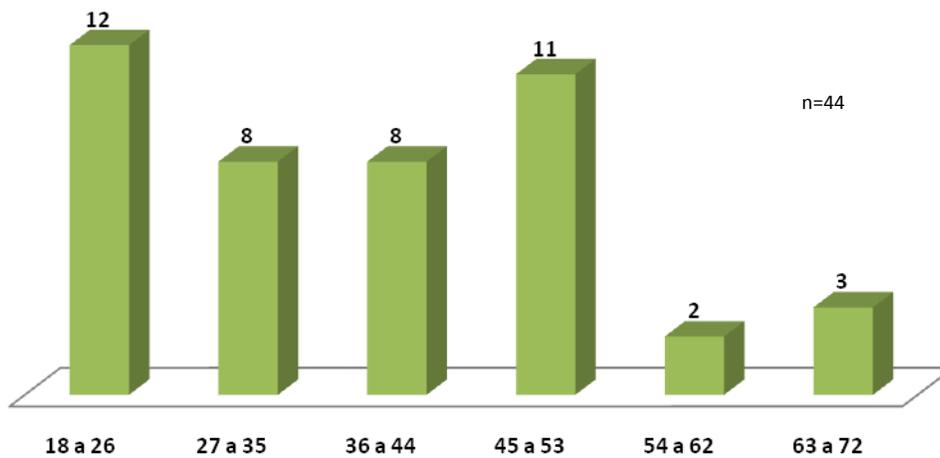
Gráfica 8. Proporción de los familiares por sexo



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La edad de los 44 familiares osciló entre los 18 y 68 años de edad; la media fue 38.1 años y la más frecuente fue de 35 años. (Gráfica 9)

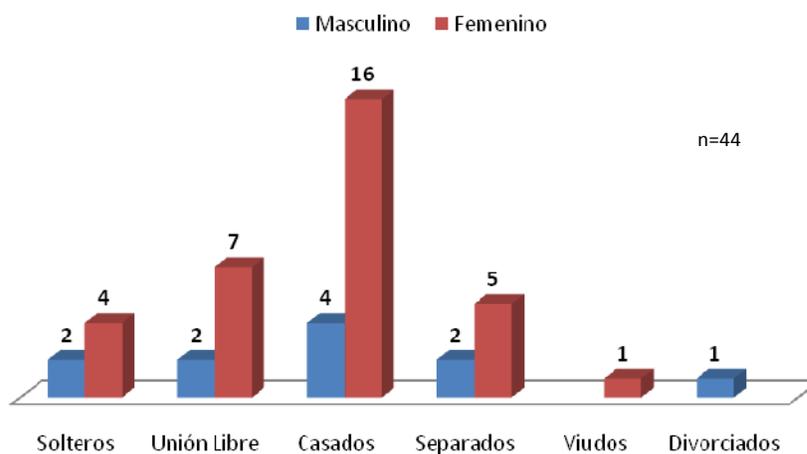
Gráfica 9. Distribución de frecuencia de edad de los familiares



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La mayor parte de los familiares fueron mujeres casadas y la minoría se conformó por una mujer viuda y un hombre divorciado. Esto posiblemente se debió a que los familiares, en su mayoría, mantienen vínculos cercanos de pareja, lo cual podría despertar el humano interés por el otro, que en este caso es el paciente. (Gráfica 10)

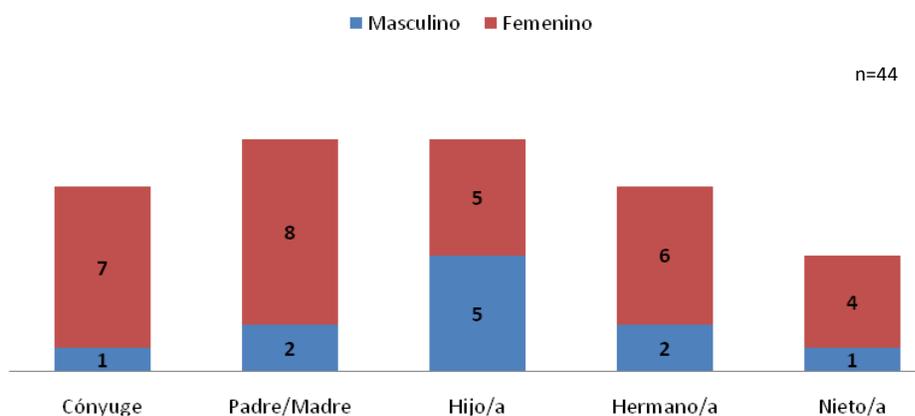
Gráfica 10. Distribución de familiares por estado civil



Fuente: Cuestionarios aplicados.

Se presentaron en igual proporción los padres y los hijos de los pacientes en un 22.7% respectivamente; el cónyuge y los hermanos en un 18.1% respectivamente, y por último los nietos en 11.3%. Las madres acudieron más asiduamente a la visita hospitalaria. (Gráfica 11)

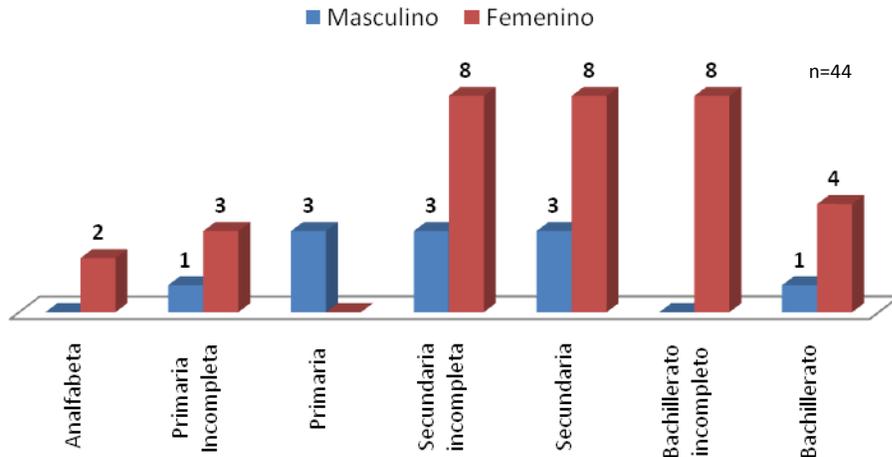
Gráfica 11. Distribución de familiares de acuerdo al vínculo con el paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados.

El grado de escolaridad de los familiares abordados se ubicó de forma predominante en el nivel medio. A comparación de sus pacientes, los familiares cuentan con un nivel educativo ligeramente superior. (Gráfica 12)

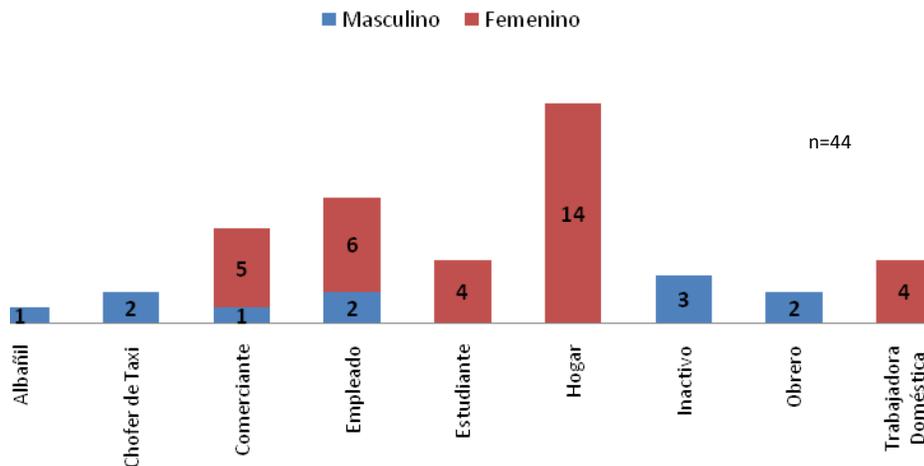
Gráfica 12. Distribución de familiares por grado de escolaridad



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La ocupación predominante de familiares mujeres fue el hogar, en un 31.8%. A comparación del perfil de los pacientes, únicamente el 4% se encontró económicamente inactivo y el 61.3%, activo. (Gráfica 13)

Gráfica 13. Distribución de la ocupación de los familiares por sexo

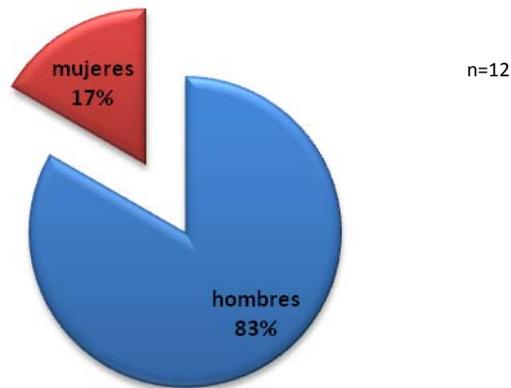


Fuente: Cuestionarios aplicados.

4.1.3. Perfil del médico

Se aplicó 10 cuestionarios a médicos hombres, equivalentes al 83% del total, y a 2 médicos mujeres, equivalentes al 17%. (Gráfica 14)

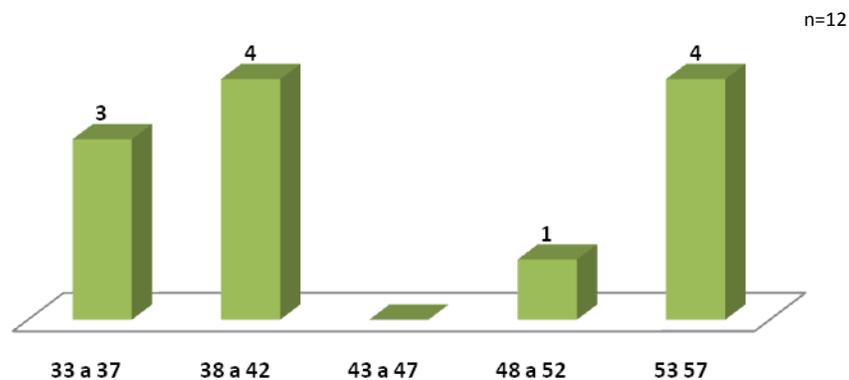
Gráfica 14. Proporción de médicos por sexo



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La edad de los 12 médicos osciló entre los 33 y 57 años de edad; la media fue 44.3 años y la más frecuente fue de 33 años. (Gráfica 15)

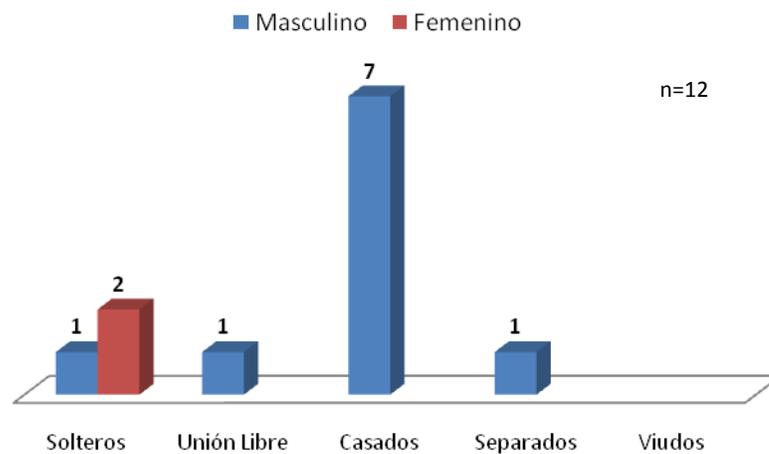
Gráfica 15. Distribución de frecuencia de edad de los médicos



Fuente: Cuestionarios aplicados.

La mayoría de los médicos hombres fueron casados y todas las mujeres fueron solteras; después, los que viven en unión libre; posteriormente los viudos y por último los separados. (Gráfica 16)

Gráfica 16. Distribución de médicos por estado civil



Fuente: Cuestionarios aplicados.

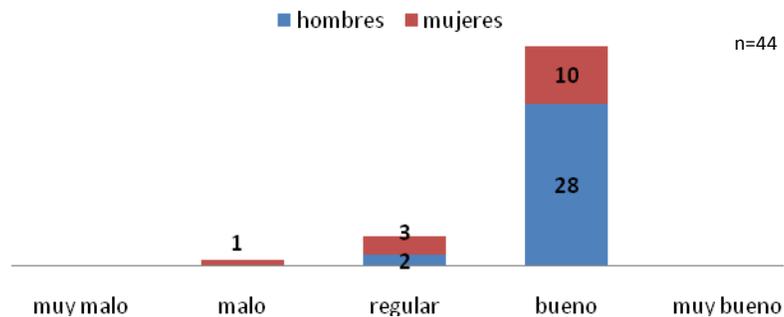
Cabe mencionar que todos los médicos entrevistados afirmaron tener subespecialidad.

4.1.4. Opinión de los actores

Los cubículos. Son las áreas donde se encuentran las camas de hospitalización y están organizadas por servicios. Se integran por seis camas, un acceso y un lavamanos. En este lugar, los pacientes son atendidos, reciben visitas y conviven entre sí.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 17). Refirieron sentirse bien con la convivencia entre compañeros, siendo compañeros los otros pacientes hospitalizados sin importar que algunos provienen de reclusorio y se encuentran custodiados.

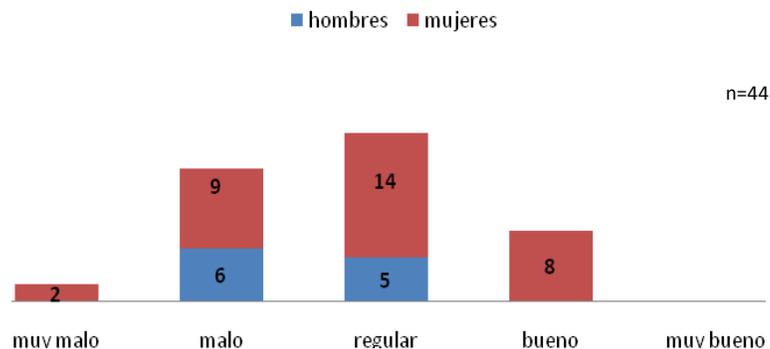
Gráfica 17. Opinión de pacientes respecto a los cubículos



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 18). Al familiar le parece que los cubículos están muy sucios y le molesta que no encuentra dónde sentarse durante su estancia.

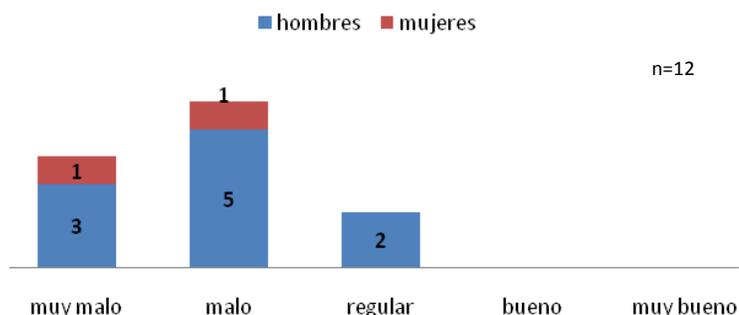
Gráfica 18. Opinión de familiares respecto a los cubículos



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 19). Los médicos refirieron que las instalaciones de los cubículos no son adecuadas, pues las camas y colchones están deteriorados y la higiene no es apropiada.

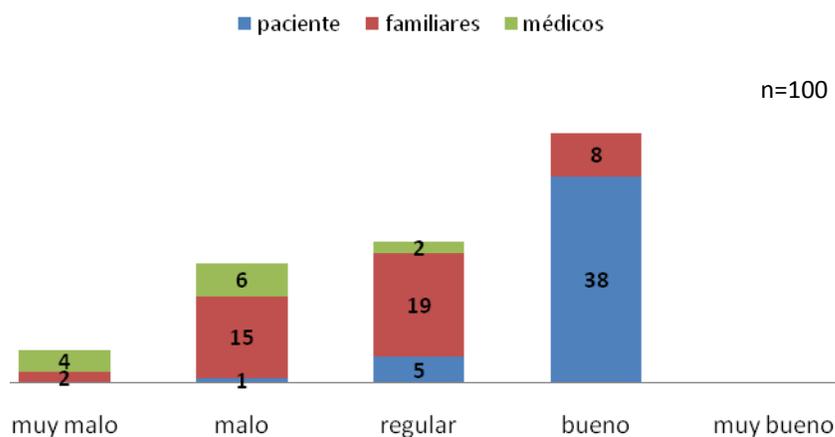
Gráfica 19. Opinión de médicos respecto a los cubículos



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 20). Se observa que el paciente está más interesado en factores afectivos durante su estancia; el familiar está molesto porque no considera adecuadas las instalaciones para hacer compañía a su paciente durante el día ni durante la noche; mientras que para el médico es importante adecuar la estructura a los pacientes de su especialidad.

Gráfica 20. Análisis comparativo de opinión de los cubículos

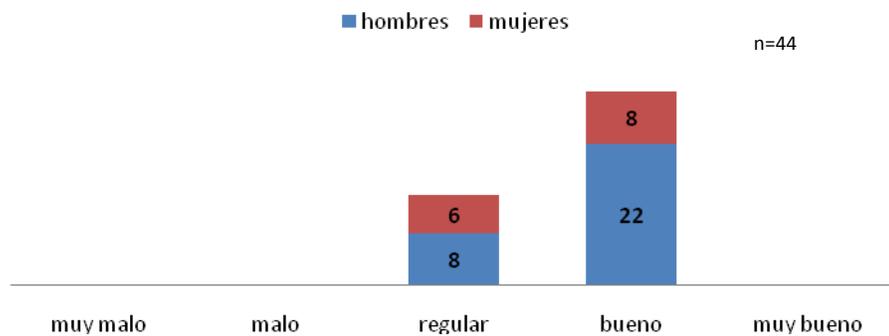


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Otras áreas hospitalarias (como Urgencias, rayos X, pasillos y salas de espera). Incluyen los espacios físicos que no son los cubículos donde están los actores dentro del hospital

- Perspectiva del paciente (Gráfica 21). No se acuerda con precisión de áreas distintas a los cubículos ni tiene recuerdos desagradables, por lo tanto considera que están bien.

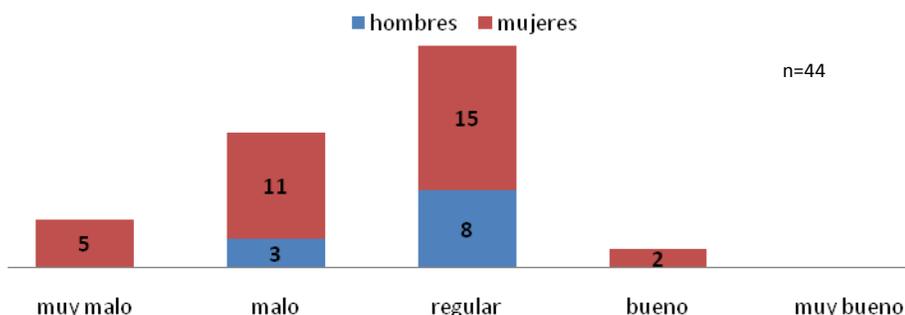
Gráfica 21. Opinión de pacientes respecto a otras áreas hospitalarias



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 22). Los familiares tienen opinión poco favorable de áreas distintas a los cubículos por ser incómodas y sucias; también refirieron que la presencia de custodios es desagradable porque son groseros y hacen mucho ruido.

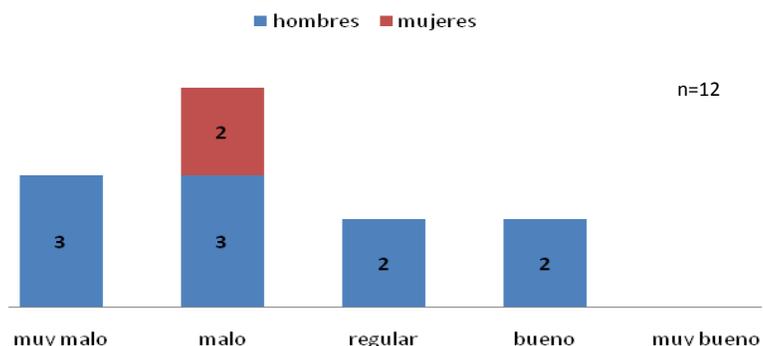
Gráfica 22. Opinión de familiares respecto a otras áreas hospitalarias



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 23). Por otro lado los médicos, en términos generales, se pronunciaron negativamente respecto a las otras áreas del hospital; en la mayoría de los casos afirmaron que están en malas condiciones.

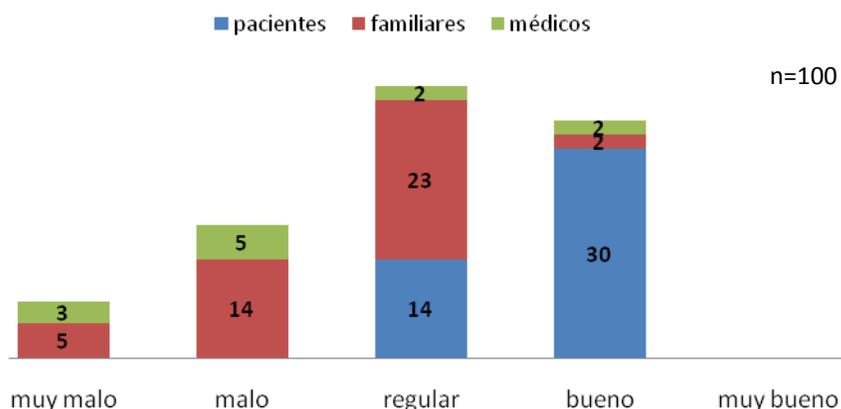
Gráfica 23. Opinión de médicos respecto a otras áreas



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 24). El paciente está centrado en su padecimiento y refiere no prestar mucha atención en otras áreas distintas a los cubículos, por lo tanto considera que están bien. El familiar, en cambio, pasa varias horas en áreas distintas a los cubículos, en lo que espera se le permita el acceso para estar con su paciente, para realizar trámites o para buscar al médico tratante; considera que las áreas no están adecuadas a él y las juzga desagradables. El médico se siente cómodo en las diferentes áreas hospitalarias, por lo cual las considera adecuadas.

Gráfica 24. Análisis comparativo de opinión de otras áreas

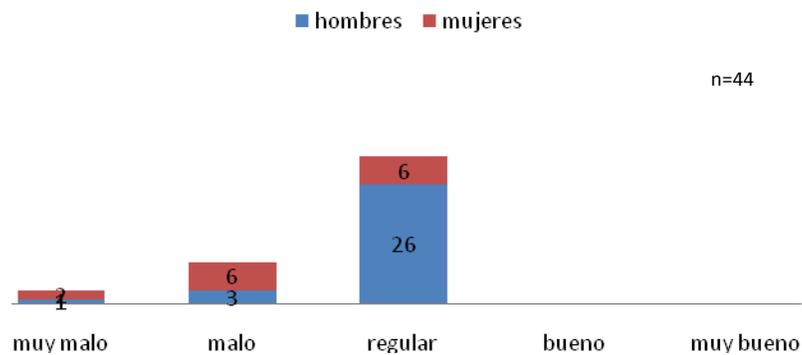


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Sanitarios para pacientes. Son los espacios físicos con lavamanos, regaderas, y excusados para uso de pacientes y familiares, para aseo personal de pacientes y deposición de excretas.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 25). Los pacientes refieren que la higiene de los sanitarios es mala debido a que los otros pacientes mantienen sucio el lugar, pese a que el personal de limpieza constantemente está verificándolo.

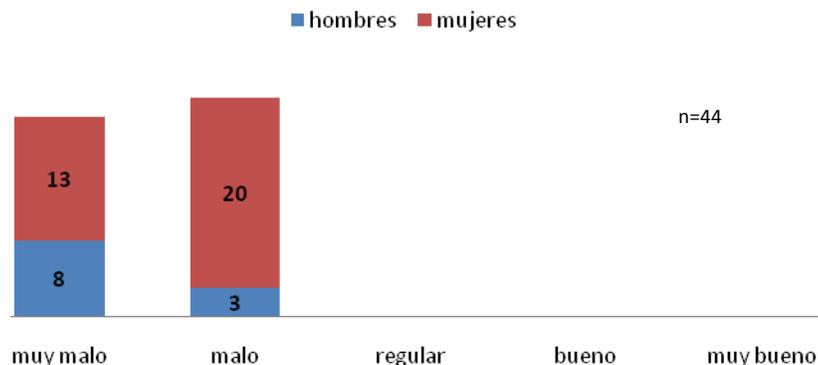
Gráfica 25. Opinión de pacientes respecto a los sanitarios



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 26). Los familiares consideraron que los sanitarios carecen de higiene y no ven a ninguna persona que esté al pendiente de asearlos, por lo que opinan que están muy mal.

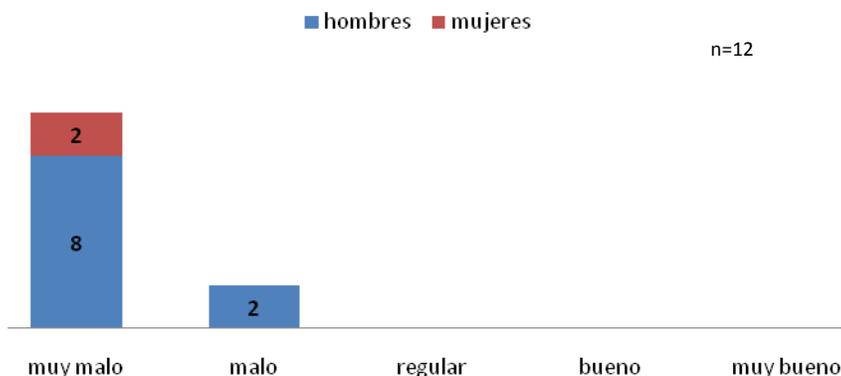
Gráfica 26. Opinión de familiares respecto a los sanitarios



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 27). Los médicos consideran que las instalaciones de los sanitarios no están adecuadas a las necesidades de pacientes en silla de ruedas o muletas, y además, que carecen totalmente de higiene.

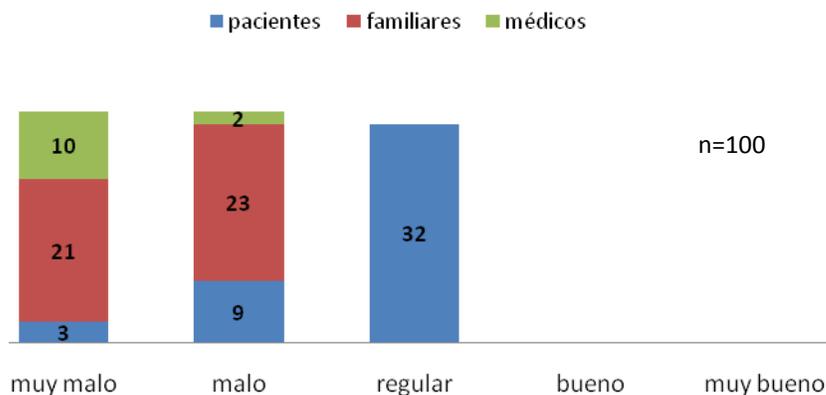
Gráfica 27. Opinión de médicos respecto a los sanitarios para pacientes y familiares



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 28). Para todos los actores resultaron inapropiados los sanitarios por la deficiente higiene, y los médicos subrayaron la necesidad de adaptar las instalaciones a las características de los pacientes ortopédicos.

Gráfica 28. Análisis comparativo de opinión de sanitarios

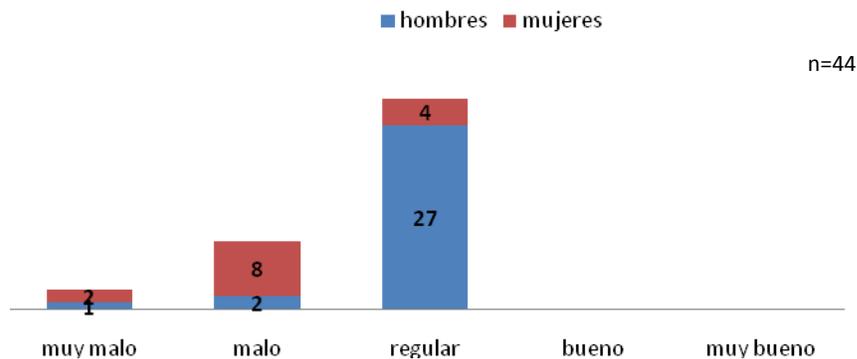


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Higiene. Impresión general del estado en que se encuentran las instalaciones respecto al grado de aseo.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 29). Consideran que el hospital está muy sucio debido a que los otros pacientes descuidan las instalaciones y provocan que no se mantenga aseado, pese a los esfuerzos del personal de limpieza.

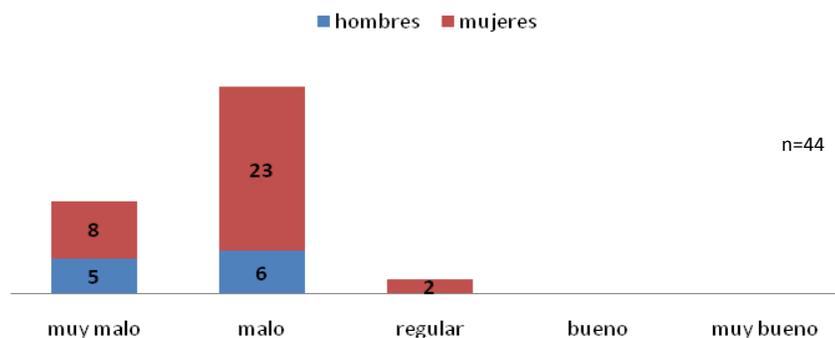
Gráfica 29. Opinión de pacientes respecto a la higiene del hospital



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 30). Los familiares en su mayoría comentaron que el hospital se mantiene en pésimas condiciones de higiene debido a que el personal de limpieza no lava ni trapea con cloro, de lo contrario se percibiría un olor agradable, a “limpio”.

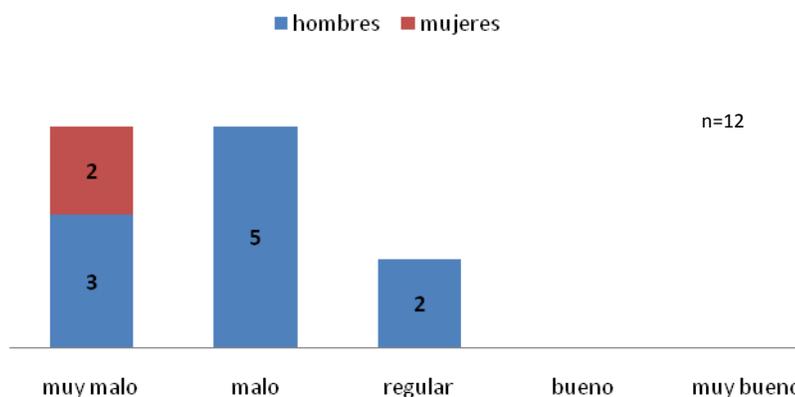
Gráfica 30. Opinión de familiares respecto a la higiene del hospital



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 31). Los médicos refirieron que el hospital se mantiene en condiciones insalubres debido a que tanto pacientes como familiares no cuidan las instalaciones.

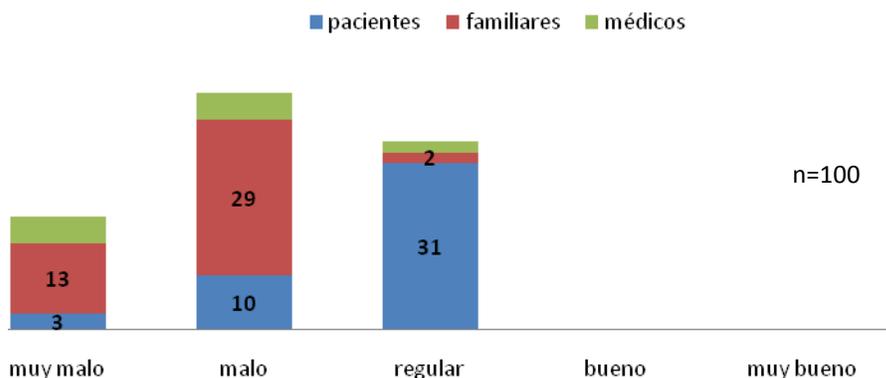
Gráfica 31. Opinión de médicos respecto a la higiene del hospital



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 32). Todos los actores de la Atención Médica calificaron la higiene del hospital como mala. Para los pacientes esto es debido a que los otros pacientes no ayudan a mantener aseado el lugar; para los familiares es debido que el personal de limpieza no realiza correctamente su trabajo; para los médicos se debe a que tanto pacientes como familiares no tienen la cultura de cuidar su entorno y mantienen sucio el lugar.

Gráfica 32. Análisis comparativo de opinión de la higiene del hospital

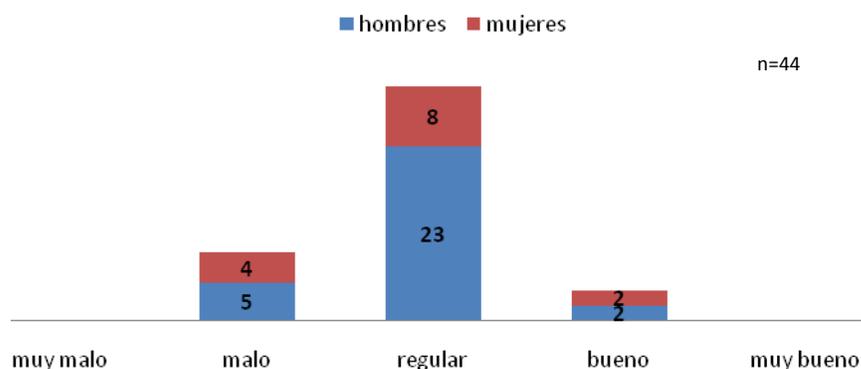


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Alimento. Comida que se proporcionan al paciente durante la estancia hospitalaria para su nutrición.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 33). La mayor parte de los pacientes calificaron como regular el alimento, dado a que consideraron las raciones muy pequeñas, además de insípidas.

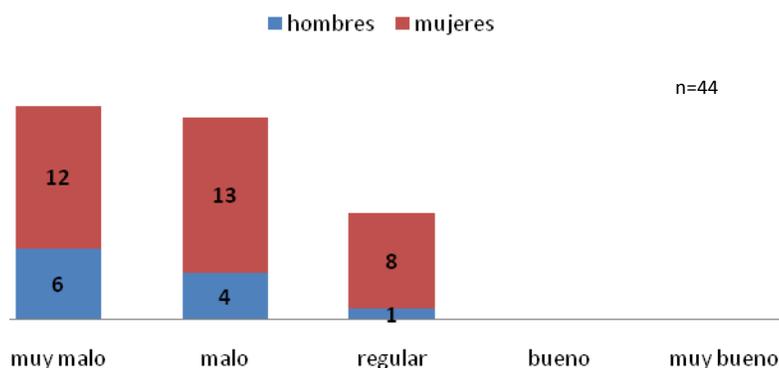
Gráfica 33. Opinión de pacientes respecto al alimento



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 34). En general, los familiares consideraron el alimento como muy escaso, nauseabundo y con características insuficientes para curar al paciente.

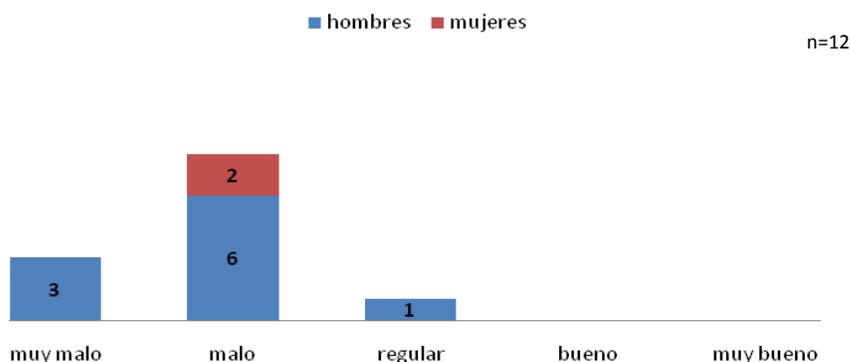
Gráfica 34. Opinión de familiares respecto al alimento



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 35). El médico califica el alimento como poco apetecible y considera que debería proporcionarse al paciente comida de mayor calidad porque si ellos mismos fueran pacientes, lo considerarían inaceptable.

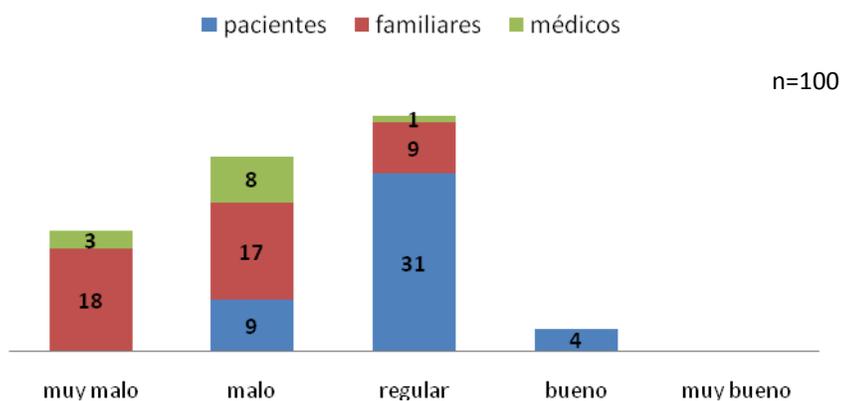
Gráfica 35. Opinión de médicos respecto al alimento proporcionado a los pacientes



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 36). Para los pacientes, el alimento fue calificado como escaso e insípido, pero no tuvieron problema al ingerirlo. Para familiares y médicos, el alimento fue totalmente desagradable y al emitir su opinión manifestaron que si ellos fuesen los pacientes, no podrían comerlo.

Gráfica 36. Análisis comparativo de opinión respecto al alimento



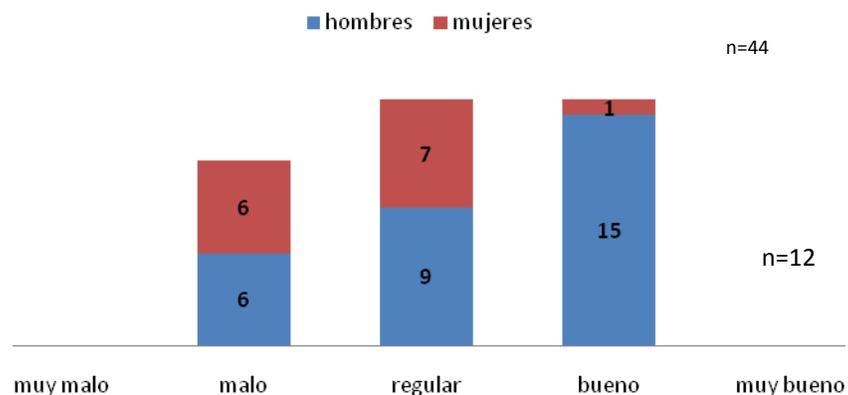
Fuente: Cuestionarios aplicados.

Explicación del médico respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Parte fundamental en la relación médico paciente es la comunicación, por lo que es esencial evaluar la explicación médica brindada.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 37). Los pacientes manifestaron que les gustaría tener una mayor certeza a corto plazo de su mejoría y que no hubiera demora en la programación quirúrgica.

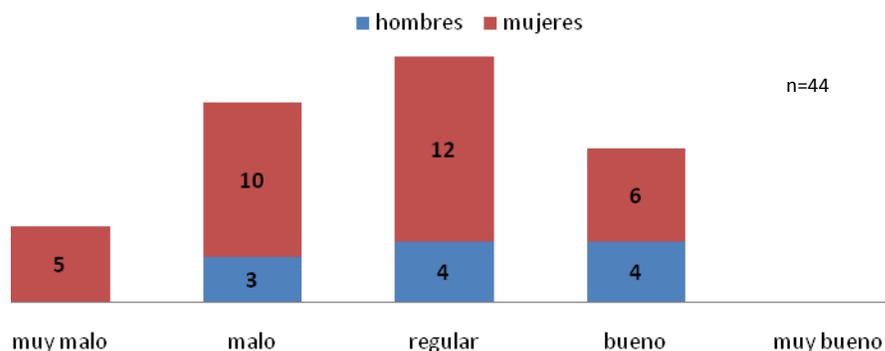
Gráfica 37. Opinión de pacientes respecto a la explicación médica del diagnóstico, tratamiento y pronóstico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 38). Los familiares consideran clara la explicación médica aunque no siempre pueden encontrar quien se la proporcione. Por otro lado, manifiestan que los médicos se tardan mucho en programar las cirugías.

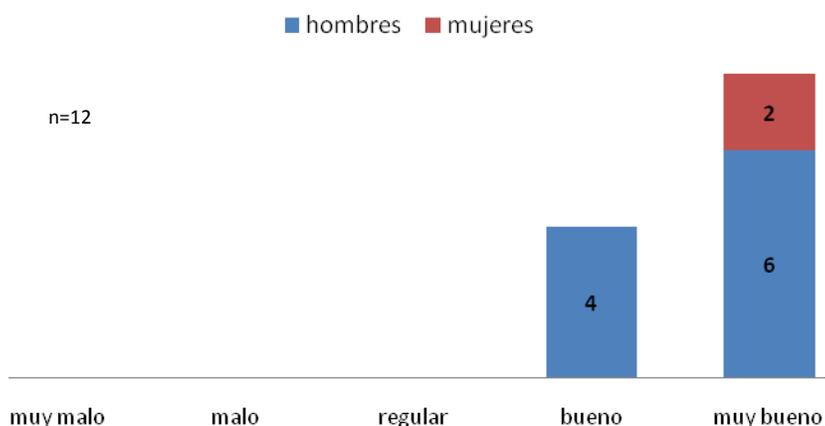
Gráfica 38. Opinión del familiar respecto a la explicación médica del diagnóstico, tratamiento y pronóstico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 39). Todos los médicos consideraron que su explicación es buena porque se aseguran de que el paciente haya entendido por completo lo que se refiere a su salud.

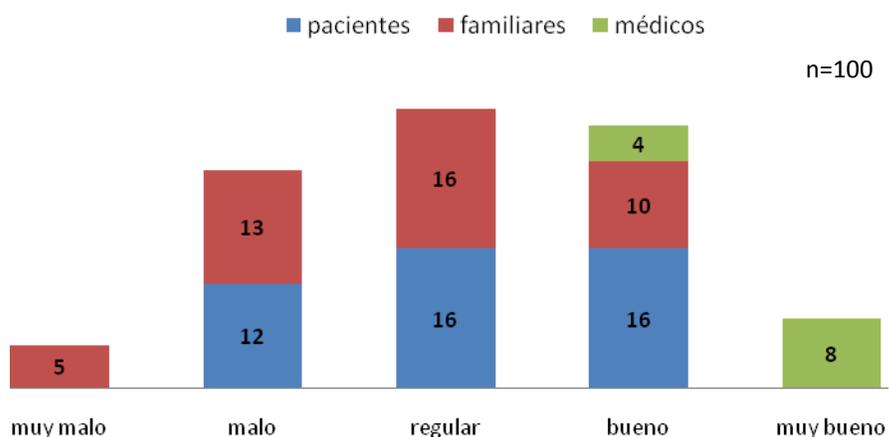
Gráfica 39. Opinión de médicos respecto a su explicación médica del diagnóstico, tratamiento y pronóstico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 40). El médico y paciente como interlocutores principales están conformes con la explicación médica. Sin embargo, para el familiar no es del todo clara y se le dificulta encontrar quien se la proporcione, debido a inconvenientes relacionados con el horario en que se dan informes.

Gráfica 40. Análisis comparativo de opinión de la explicación médica del diagnóstica, tratamiento y pronóstico

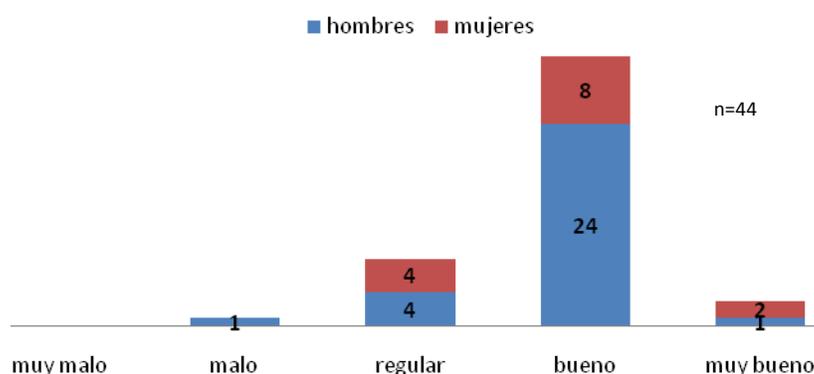


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Trato del médico hacia el paciente. Percepción de interacción durante la relación médico paciente desde la perspectiva de todos los actores. En este rubro los médicos se evalúan y refieren a sí mismos.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 41). Consideran que el trato de los médicos hacia ellos es muy amable pero no terminan de identificar cuál de todos los adscritos es el tratante.

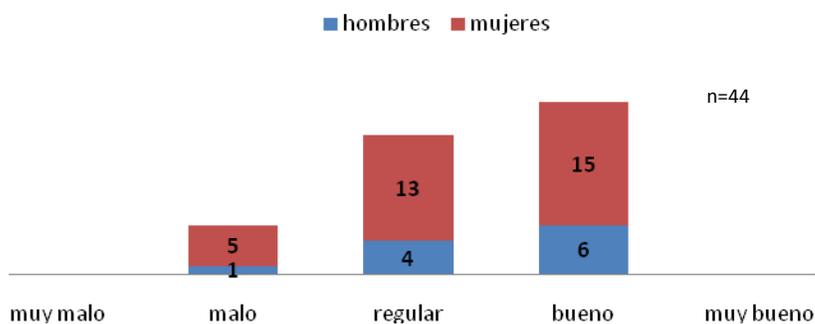
Gráfica 41. Opinión de pacientes respecto al trato brindado por el médico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 42). La mayoría de los familiares opinó que los médicos son amables aunque le dedican muy poco tiempo a sus pacientes. También mencionaron que les pareció que los médicos se dirigieron con mayor cordialidad hacia los pacientes que hacia ellos.

Gráfica 42. Opinión de familiares respecto al trato brindado por el médico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 43). Todos los médicos consideraron que el trato que dan tanto a pacientes como a familiares es muy cortés y tolerante.

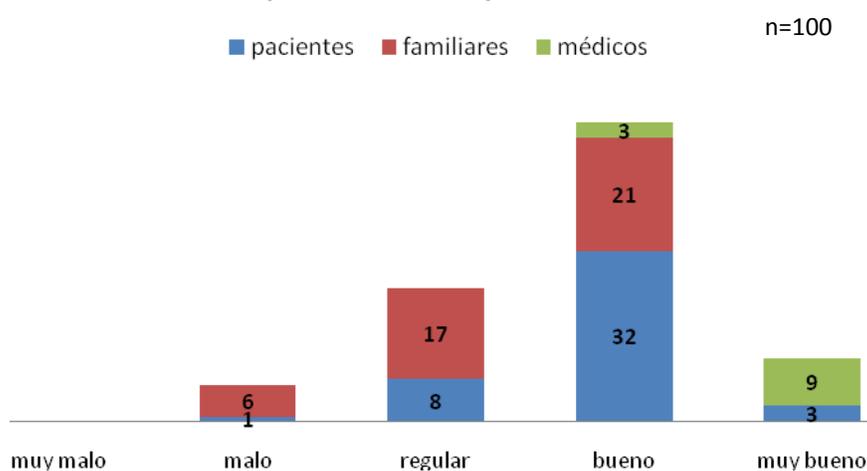
Gráfica 43. Opinión de médicos respecto al trato brindado hacia los pacientes



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 44). Todos los actores coincidieron en el trato interpersonal de los médicos, aunque los familiares comentan que los médicos son más tolerantes y cordiales cuando se dirigen a los pacientes que con ellos mismos al abordarlos por cualquier inquietud.

Gráfica 44. Análisis comparativo de opinión del trato brindado por el médico al paciente

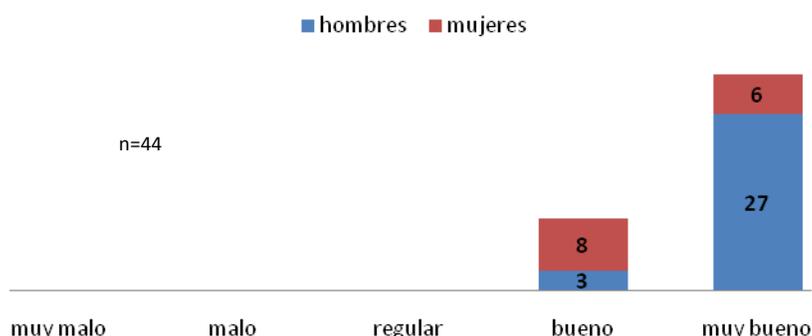


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Trato del paciente hacia el médico. Percepción de interacción durante la relación médico paciente desde la perspectiva de todos los actores; los pacientes se refieren a sí mismos.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 45). Todos los pacientes consideraron que su comportamiento hacia el personal médico ha sido muy amable porque se sienten agradecidos con la atención recibida.

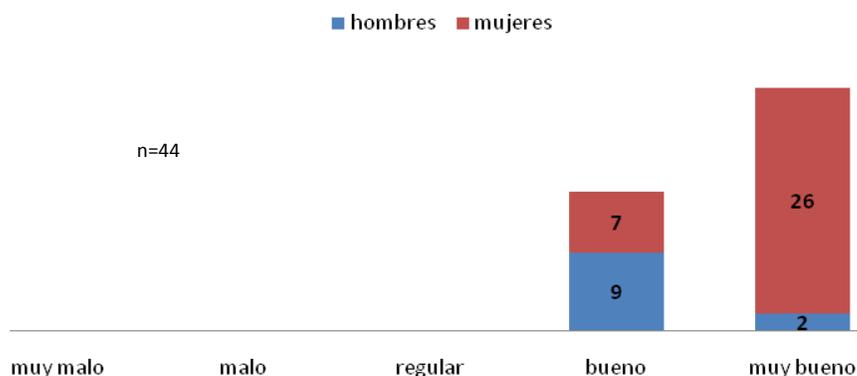
Gráfica 45. Opinión de pacientes respecto al trato que ellos le han brindado al médico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 46). Los familiares manifestaron que el trato del paciente hacia el médico fue muy bueno porque los pacientes quieren ser atendidos bien.

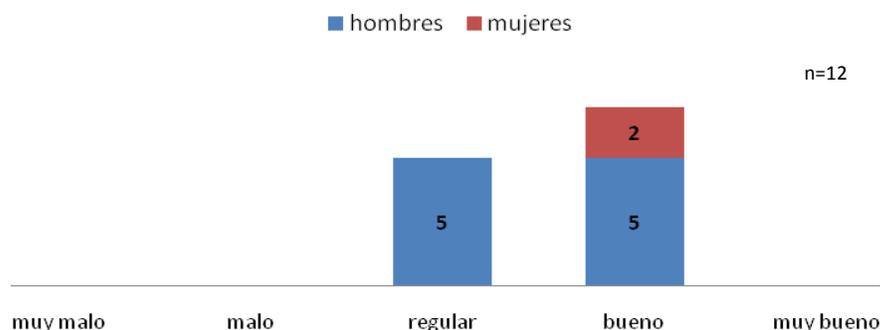
Gráfica 46. Opinión de familiares respecto al trato que el paciente le ha brindado al médico



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 47). Los médicos consideraron que, en la mayoría de los casos, los pacientes se dirigen a ellos con amabilidad, aunque en ocasiones también hay pacientes que responden de manera prepotente.

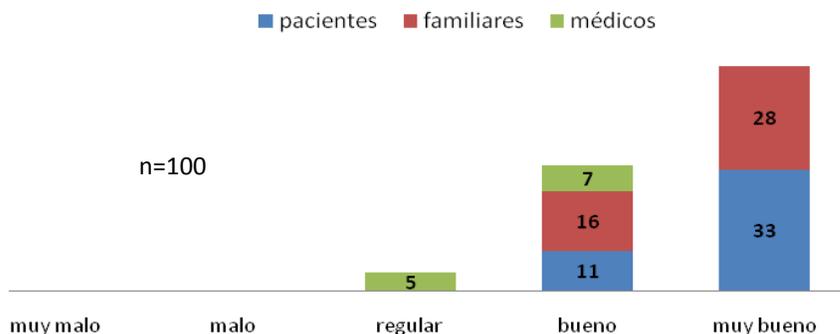
Gráfica 47. Opinión de médicos respecto al trato brindado por el paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 48). Todos los actores calificaron como amable el trato que brinda el paciente al médico. Los pacientes lo atribuyeron al deseo de corresponder a las atenciones recibidas, mientras que los familiares como un compromiso condicionado a seguir recibiendo Atención Médica. Los médicos se expresaron de manera muy favorable de los pacientes aunque reconocen que se han presentado pacientes prepotentes que exigen de forma altanera las comodidades y ventajas anunciadas por los medios masivos de información.

Gráfica 48. Análisis comparativo de opinión respecto al trato del paciente hacia el médico

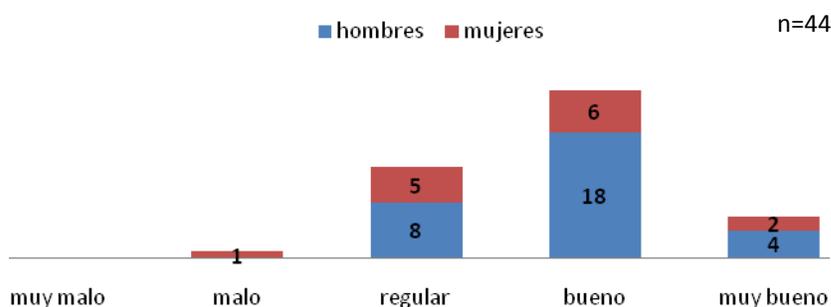


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Trato del personal de Enfermería hacia el paciente. Percepción de interacción del personal de Enfermería con el paciente, desde la perspectiva de todos los actores.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 49). Los pacientes consideraron que en general el trato brindado por el personal de Enfermería es bueno porque es muy amable durante la atención; sin embargo, se reportó que el personal del turno vespertino se muestra hostil.

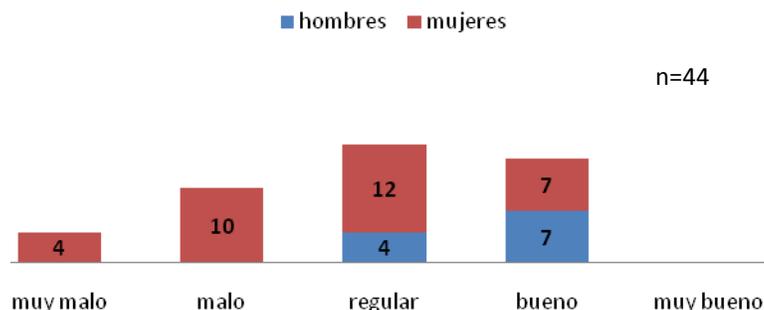
Gráfica 49. Opinión de pacientes respecto al trato por parte del personal de Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 50). Los familiares manifestaron que el trato del personal de Enfermería hacia el paciente es amable en la mayoría de los casos, aunque en turnos distintos al matutino lo califican como grosero.

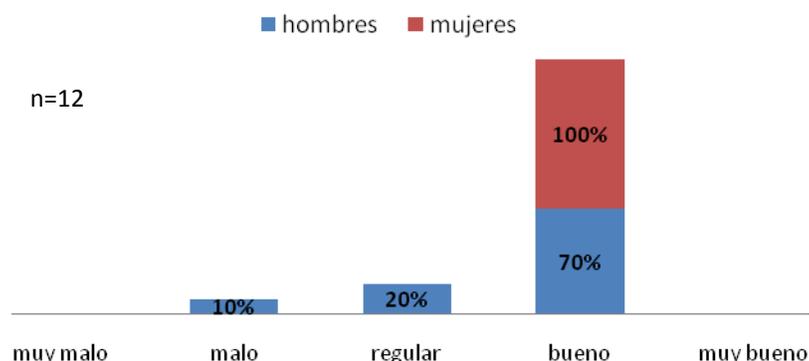
Gráfica 50. Opinión de familiares respecto al trato brindado por el personal de Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 51). La mayoría de los médicos consideró amable el trato del personal de Enfermería hacia el paciente, sin embargo, hubo una opinión negativa respecto al turno vespertino.

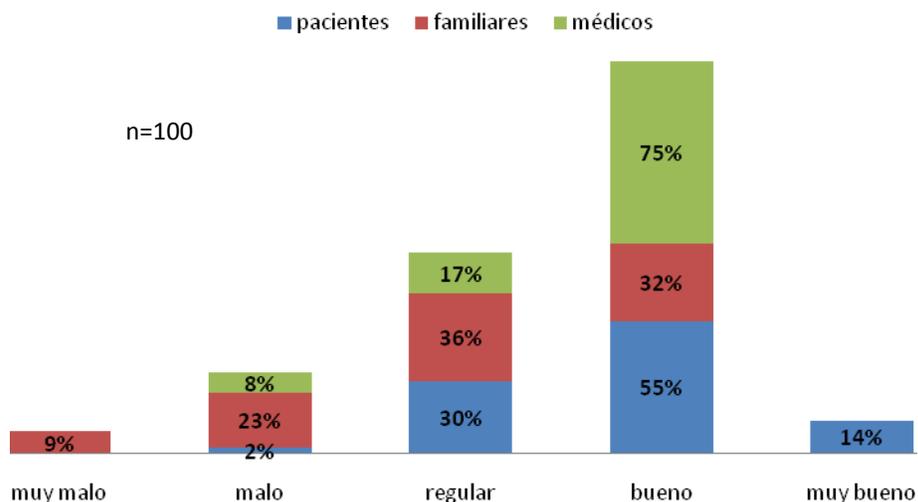
Gráfica 51. Opinión de médicos respecto al trato brindado por el personal de Enfermería hacia el paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 52). La tendencia general apuntó hacia el buen trato del personal de Enfermería, pese a que refieren que en turnos distintos al vespertino fue grosero.

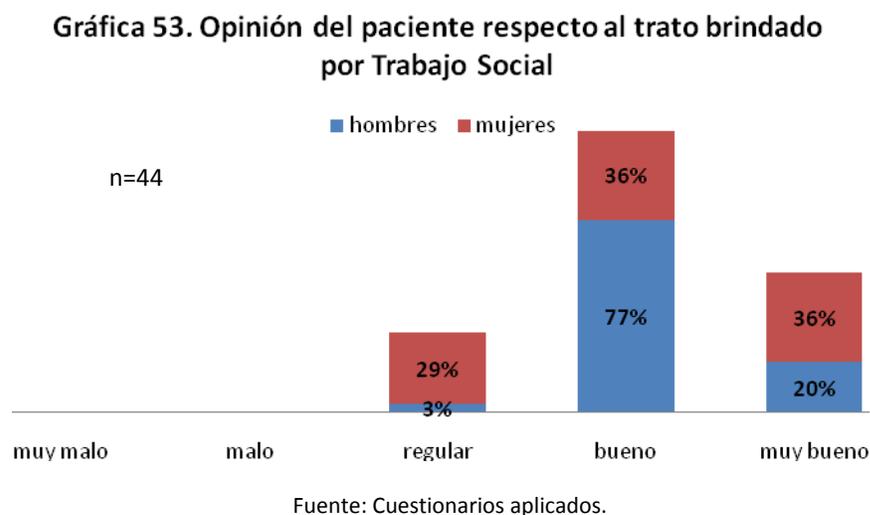
Gráfica 52. Análisis comparativo de opinión trato brindado por Enfermería



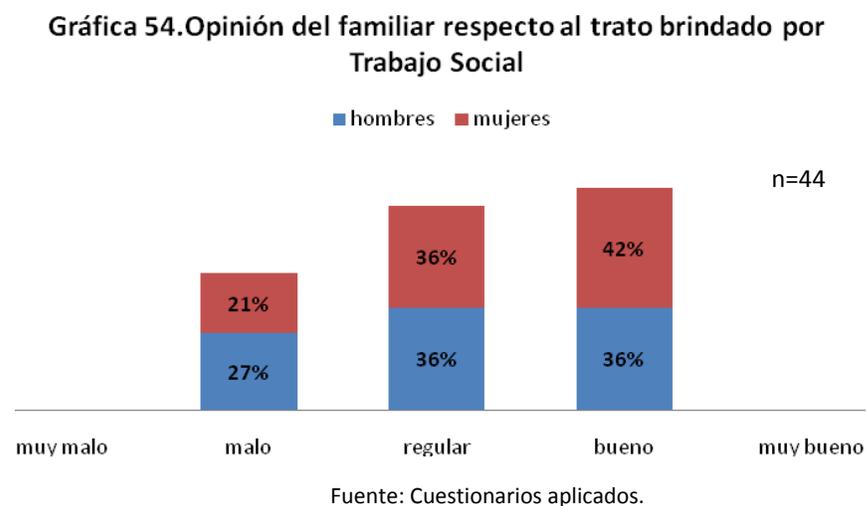
Fuente: Cuestionarios aplicados.

Trato del personal de Trabajo Social hacia el paciente. Percepción de la interacción durante la intervención del personal de Trabajo Social.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 53). La mayoría de los pacientes calificaron el trato brindado por el personal de Trabajo Social como bueno, e inclusive muy bueno, dado a que se dirigieron a ellos con cortesía.

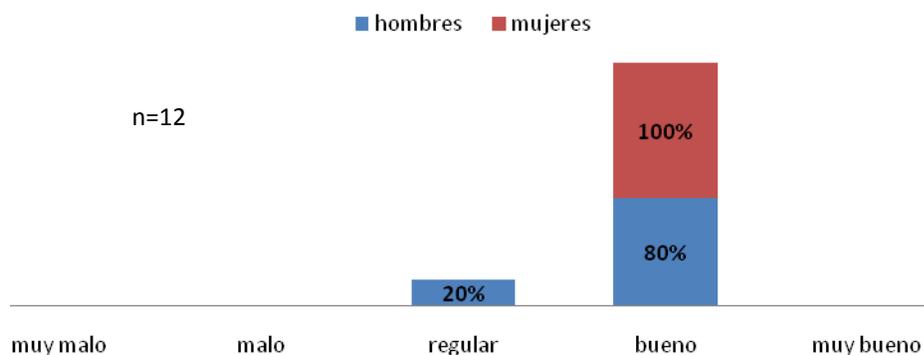


- Perspectiva del familiar (Gráfica 54). Los familiares opinaron que el trato brindado por el personal de Trabajo Social hacia el paciente tiende a ser regular, ya que considera que son amables pero muy impersonales



- Perspectiva del médico (Gráfica 55). La mayoría de los médicos consideraron que el trato de Trabajo Social hacia el paciente es bueno por ser cortés.

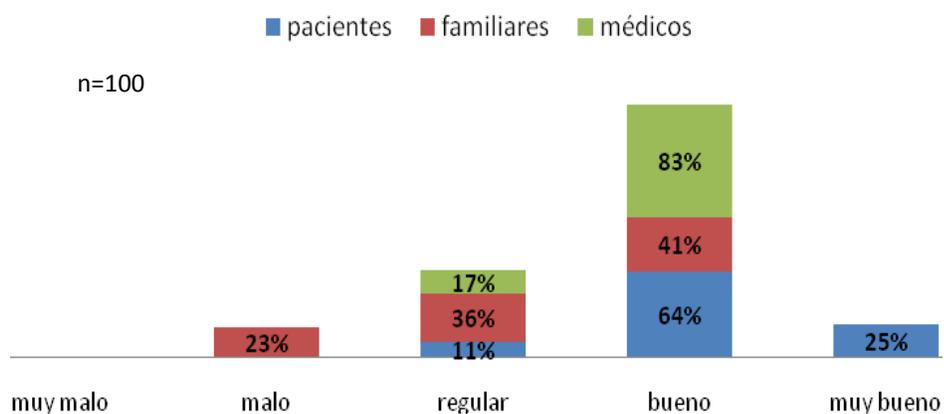
Gráfica 55. Opinión de médicos respecto al trato brindado por Trabajo Social



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 56). La opinión general de los actores hacia el trato del personal de Trabajo Social fue positiva, y se resaltó su amabilidad.

Gráfica 56. Análisis comparativo de opinión del trato brindado por Trabajo Social

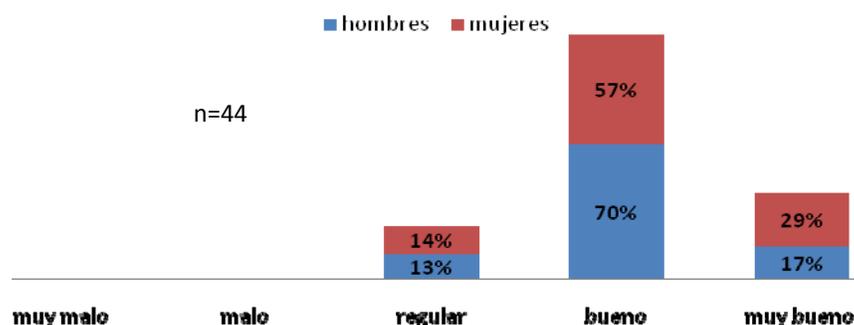


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Trato del personal de Admisión y Atención Ciudadana. Percepción de la interacción durante la intervención del personal que recibe y orienta al paciente y familiar respecto a la organización del hospital.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 57). Los pacientes refirieron que no recuerdan con claridad al personal de Admisión y Atención Ciudadana, debido a que estaban concentrados en la urgencia de su lesión y a que los familiares fueron los que en la mayoría de los casos trataron con estos servicios; por lo tanto, al no causarles molestia, la mayoría consideró que su trato fue bueno.

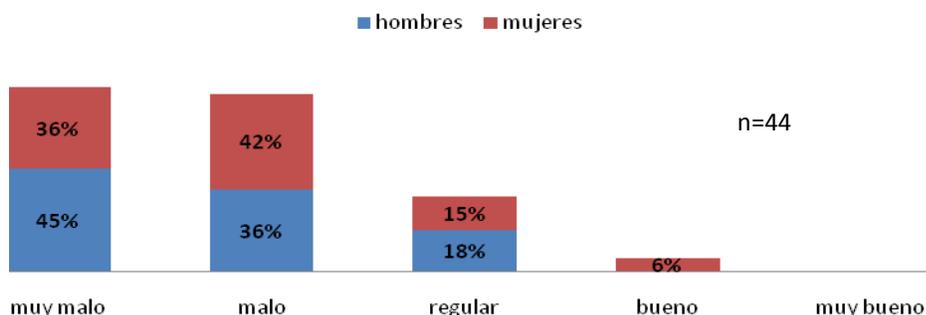
Gráfica 57. Opinión respecto a trato del personal de Admisión y Atención Ciudadana



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 58). Los familiares calificaron como malo el trato brindado por el personal de Admisión y Atención Ciudadana, pues lo percibieron apático y hostil al llevar al paciente al servicio de Urgencias.

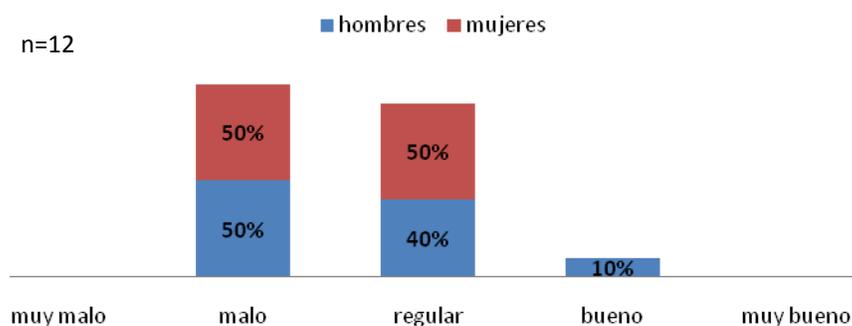
Gráfica 58. Opinión del familiar respecto a trato del personal de Admisión y Atención Ciudadana



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 59). Los médicos calificaron como regular tendiente a malo el trato por el personal de Atención Ciudadana que hace recorrido por hospitalización. También lo consideraron impertinente porque propicia que los familiares y pacientes entren en controversia con el personal médico y paramédico.

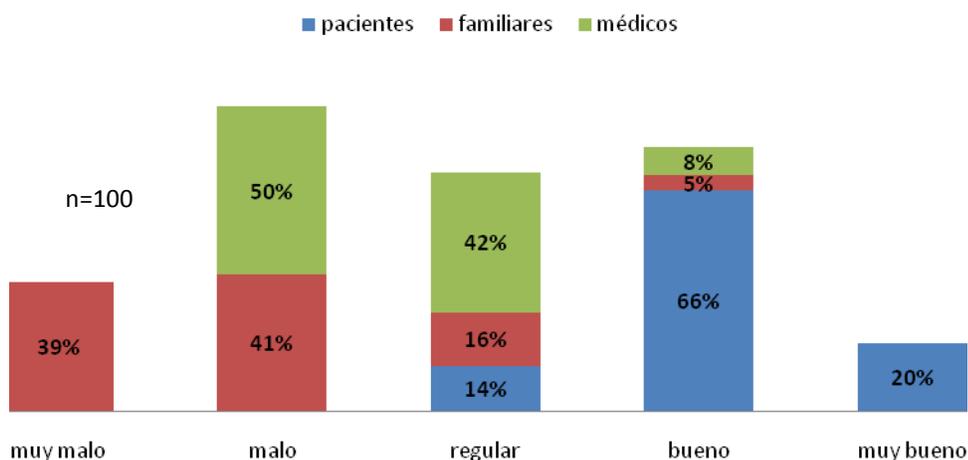
Gráfica 59. Opinión de médicos respecto a trato brindado por el personal de Admisión y Atención Ciudadana



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 60). Al comparar la opinión de los diferentes actores, se observa que resulta que la percepción es muy distinta de acuerdo con el papel y la situación que se mantengan en cierto momento.

Gráfica 60. Análisis comparativo de opinión del trato brindado por Admisión y Atención Ciudadana

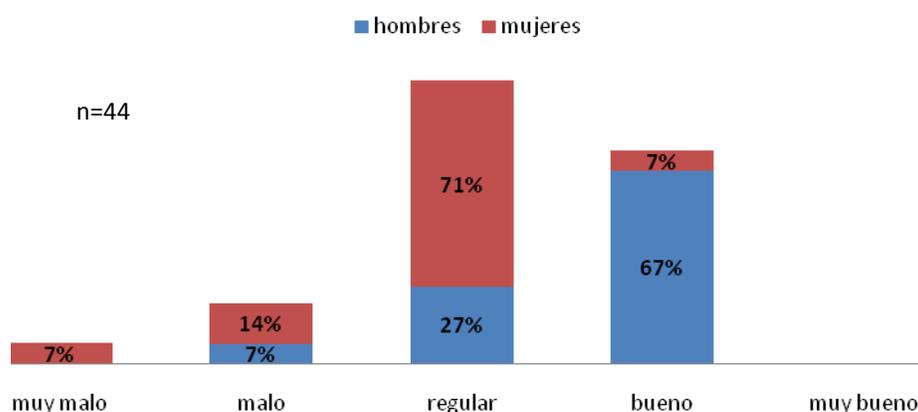


Fuente: Cuestionarios aplicados.

Trámites relacionados con la atención del paciente. Son aquellos relacionados con la obtención de material de osteosíntesis y con la afiliación a los programas de gratuidad, egreso.

- Perspectiva del paciente (Gráfica 61). Los pacientes refieren que los trámites son muy tardados debido a que tienen que esperar mucho para ser operados.

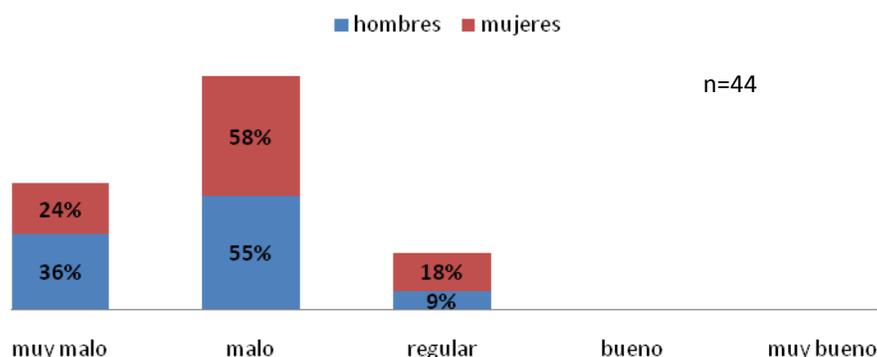
Gráfica 61. Opinión del paciente respecto a los trámites relacionados con su atención



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del familiar (Gráfica 62). Los familiares consideraron que los trámites son muy tardados y les gustaría que fueran más sencillos; por esta razón los calificaron como malos.

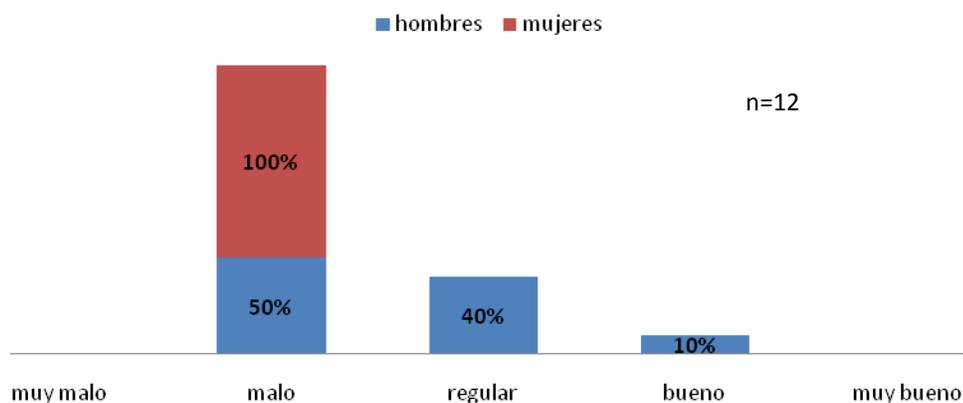
Gráfica 62. Opinión del familiar respecto a los trámites relacionados con su atención



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Perspectiva del médico (Gráfica 63). Los médicos consideraron en general que los trámites son muy tardados y dificultan los egresos hospitalarios debido a su complejidad, por lo que los califican como malos.

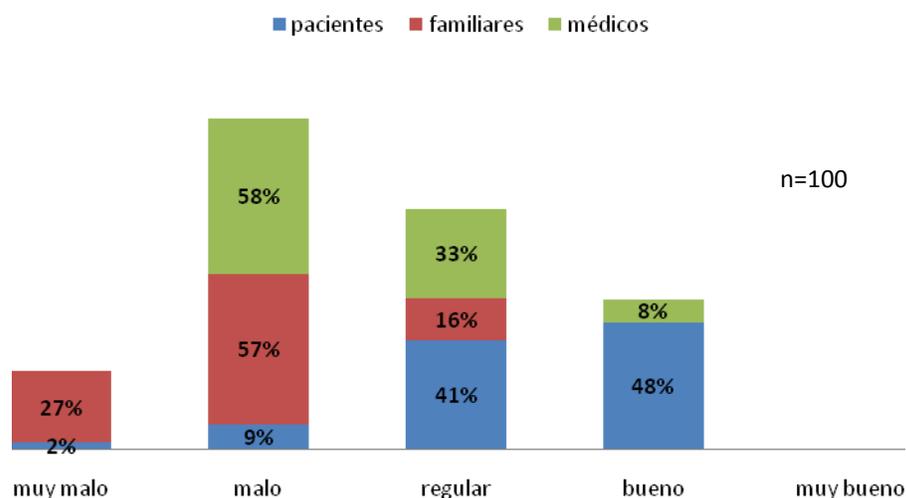
Gráfica 63. Opinión de médicos respecto a trámites relacionados con la atención del paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados.

- Análisis comparativo de las perspectivas (Gráfica 64). En general, todos los actores calificaron como malos los trámites relacionados con la atención del paciente, debido a su complejidad y demora.

Gráfica 64. Análisis comparativo de opinión de los trámites



Fuente: Cuestionarios aplicados.

Lo más agradable o positivo.

- Paciente: La convivencia con los "compañeros" de cubículo.
- Familiar: La accesibilidad económica para el pago o la inscripción a programas de gratuidad.
- Médico: El compañerismo entre los médicos del servicio.

Lo más desagradable o negativo.

- Paciente: Las largas esperas sin actividad.
- Familiar: La falta de información, porque nadie le explica ni informa el estado de salud de sus pacientes, y también fue muy referido que el trato por parte del personal, les pareció inhumano.
- Médico: Falta de insumos, infraestructura inadecuada, falta de incentivos laborales.

¿Qué propone para mejorar?

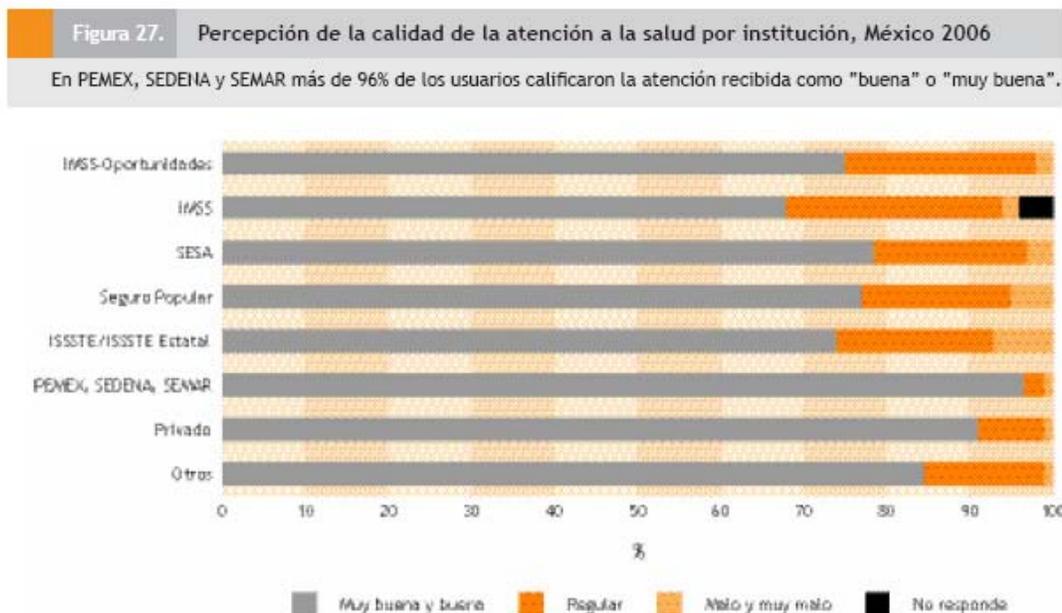
- Paciente: Agilizar los trámites para ser sometidos a cirugía con mayor prontitud y acortar la estancia hospitalaria.
- Familiar: Sensibilizar a los médicos y enfermeras para brindar un trato más humanitario.
- Médico: Garantizar la dotación constante de insumos, adecuar la infraestructura, recibir incentivos laborales.

En el análisis global de la opinión de los pacientes, los resultados graficados fueron constantemente positivos y aceptables; esto es congruente con el Programa Nacional de Salud,¹⁵⁰ que encontró esto como resultado: “Finalmente, en el rubro de satisfacción destaca el hecho de que 81.2% de los usuarios entrevistados en la ENSANut califican como buena o muy buena la calidad de la atención a la salud en México”.

¹⁵⁰ Programa Nacional de Salud 2007-2012. *Op cit.*

En cuanto a la opinión de los familiares, los resultados se inclinaron hacia una mala opinión, a partir de la poca articulación que tienen con la Atención Médica. Ello se debe a que los servicios de salud están dirigidos primordialmente al médico y al paciente, y se deja de lado al familiar, que finalmente, se hará cargo de la atención fuera del ambiente hospitalario.

La opinión de los médicos se muestra favorable en cuanto a la Atención Médica que ellos prestan, y privilegian su capacidad técnica y las relaciones interpersonales sostenidas tanto con colegas como con los pacientes.



66 Fuente: Oláiz y col. (referencia 13)

Fuente: Programa Nacional de Salud 2007-2010.¹⁵¹

¹⁵¹ Programa Nacional de Salud 2007-2012. Op cit

4.2. Resultados de la Observación Participante

La Observación Participante es el método de Bronislaw Malinowski, empleado por las Ciencias Sociales con el cual se observan los hechos donde están sucediendo y se participa a medida que los individuos de la comunidad estudiada lo permiten.

152

4.2.1. Cultura Organizacional

Aunque funcione de acuerdo al Modelo Médico Hegemónico la mayoría del personal médico, como el paramédico, forman equipo integrado y funcional que en general muestra orgullo por el trabajo que desempeña en el hospital. También es perceptible la inconformidad hacia la Institución por no recibir los insumos adecuados de manera oportuna para brindar la atención y por carecer de ciertos incentivos laborales; el personal eventual y contratado por honorarios son los menos privilegiados y se mantiene con la esperanza de mejorar condiciones de trabajo. El personal eventual difícilmente no es contratado de forma definitiva y al no contar con prestaciones termina cansándose y migrando a otra Institución que si le otorgue esos beneficios.

4.2.2. Manifestaciones Conductuales

El ritual más sobresaliente en la vida cotidiana del hospital es la visita médica. Aquí un grupo de médicos recorre los cubículos con los pacientes a su cargo. Los médicos adscritos van de cama en cama y con un grupo de alumnos. Los médicos portan una impecable bata blanca que deja ver un traje pulcro. Los estudiantes de medicina portan uniforme blanco con bata. Tanto médicos como estudiantes usan bata con abertura al frente.

¹⁵² Osorio, F; Cooper, D; QUIROZ, D. *Observación Participante*. En Revista Digital Cinta de Moebio, Septiembre, Num 6 Chile. 1999.

El médico dirige las preguntas tanto a pacientes como a alumnos. Los estudiantes de medicina son el primer blanco de las preguntas para verificar si efectivamente están al tanto del paciente y para comprobar conocimientos. La conversación se desarrolla entre ellos, alternando el diálogo con los pacientes. Entre médicos y estudiantes la comunicación verbal es técnica. El trato es serio y formal por parte de los estudiantes de medicina hacia el médico adscrito, mientras que los médicos son más relajados al manejarse hacia los alumnos. Entre los médicos, o bien, entre los estudiantes el trato es informal y jovial.

Las explicaciones del médico tratante brindadas al paciente y familiar son complicadas, pero trata de emplear un lenguaje sencillo con términos coloquiales para facilitar la comprensión por parte del paciente y el familiar. Cabe mencionar que con frecuencia las explicaciones de los estudiantes de medicina a pacientes y familiares suelen brindarse con lenguaje completamente técnico, lo que hace suponer que el médico adscrito, con la experiencia que ha adquirido durante la práctica, ha aprendido a comunicarse de manera más efectiva y humilde con sus interlocutores y que el estudiante, al estar en formación, todavía necesita reforzar este aprendizaje.

El paciente generalmente yace en la cama mientras recibe la visita, desnudo bajo la bata que cierra por detrás. De ser objeto de estudio, pasa a ser espectador. Durante la visita tratan comunicarse de manera respetuosa con el equipo médico, piden explicaciones y tratan de dar toda la información posible para acortar su estancia; ponen atención a lo concerniente a su caso y al de los otros pacientes del cubículo. Los pacientes invariablemente procuran interrogar al médico, como si un examen extenuante abriera la posibilidad de mejorar la situación.

Entre los pacientes se desarrolla una dinámica interesante, comparten el tiempo, un espacio físico y un malestar que los ha obligado a permanecer en el hospital unos días. Crean lazos de solidaridad entre ellos y se comparten historias de vida, consejos, se alientan y tratan de ayudarse sin importar edad, nivel socioeconómico, ocupación, o inclusive situación legal, departiendo como

verdaderos compañeros los internos de reclusorio, detenidos y los que no tienen adeudos con la justicia.

Los familiares pueden conseguir un pase que les autoriza permanecer las 24 horas las en el cubículo mientras sean del mismo sexo que el paciente. Se les permite la estancia cuando el paciente requiere atención permanente para su baño y alimentación. Cabe mencionar que estos familiares sólo pueden sentarse en sillas de plástico si hay alguna disponible, banquillos, cartones y colchonetas que introducen al hospital para hacer más llevadera la estancia; las sillas de plástico en muchas ocasiones son ocupadas por custodios que vigilan a algún paciente de reclusorio. Durante la visita médica, los familiares esperan fuera del cubículo mientras se lleva a cabo el ritual, para después abordar a los médicos en busca de respuestas.

Los familiares y pacientes se dirigen con mucha reverencia hacia los médicos, mientras que éstos son, generalmente, reservados pero amables. En ocasiones, los médicos tratan con pacientes sumamente delicados; cuando los familiares se acercan para pedir informes, el médico se pone aún más serio y trata de explicar de forma muy pausada y con voz queda la gravedad del caso.

El familiar se maneja muy emotivo con su paciente. El paciente se siente mal y trata de manifestarlo de todos los modos posibles frente al familiar. Aparenta ser un tipo de sometimiento al familiar basado en el chantaje por parte del paciente, dado a que en cuanto se retira el familiar, el paciente está más tranquilo con el personal tratante y con los mismos pacientes con los que comparte el cubículo.

El personal de enfermería siempre está presente, es el alma del servicio. Atienden un sinfín de tareas propias de su área como el cambio de cama, registro de signos vitales de pacientes, ministración de medicamentos, entre otros. Además tratan con los médicos y estudiantes que les dejan indicaciones; también con los familiares que ayudan a atender al paciente en tareas como darle un baño, cambiarle el pañal, darle de comer, o cualquier otra actividad que pueda contribuir a la mejoría del estado de salud. Enfermería también tiene la responsabilidad de

vigilar las tareas encomendadas a los pasantes de enfermería que pueden distinguirse del personal de base por usar cofia con una bandita negra en lugar de rosa mexicano de la Secretaría, pero sobre todo por la candidez con la que se acercan al personal adscrito y la dulzura con que abordan a todos y cada uno de los pacientes. Los pasantes de enfermería proporcionan fuerza laboral e imprimen atención cálida tanto al personal como a pacientes y familiares. Las enfermeras adscritas ya habituadas a la vida hospitalaria también son amables pero saben imponerse cuando el médico, el estudiante, el paciente o el familiar se atreven a pasar sobre ellas.

El personal de enfermería mantiene una cohesión muy interesante. Las enfermeras siempre están trabajando, siempre colaboran y dan lo mejor de sí aunque estén fastidiadas. La camaradería siempre está presente. Permanecen asignadas a un solo servicio por seis meses para que el siguiente periodo sean asignadas a otra área. La experiencia que ganan a través de la operación se comparte entre el personal de la misma área en los diferentes turnos y jornadas, y con los pasantes que rotan en ese momento.

El personal de Trabajo Social constantemente visita los cubículos para entrevistar a pacientes y familiares y así elabora los estudios socioeconómicos. Su trato por lo general es muy amable y se intenta establecer una comunicación sencilla pero dinámica con los entrevistados para poder obtener información que les permita establecer sus necesidades y así brindarles la orientación pertinente a su caso. Se ubican en una oficina por piso y atienden dos servicios al mismo tiempo, por esta razón están en constante movimiento para elaborar los estudios en su totalidad, abordar pacientes y familiares, gestionar pases permanentes cuando son solicitados por el personal médico, tramitar las altas, comunicar el estado de salud de los pacientes al Módulo de Atención Ciudadana, programar referencias y contrarreferencias con otras unidades para la atención de pacientes o la realización de estudios, así como mantener comunicación constante con instancias como el nivel central, Locatel, asilos y alberques. El personal es escaso

y tiene que realizar un trabajo colosal pero en general se muestra empático y con disposición de apoyar a pacientes y familiares.

El personal de Atención Ciudadana hace recorridos por los cubículos para solicitar a los pacientes que van a egresar que llenen cédulas para conocer su opinión respecto a la estancia. En ocasiones orientan acerca de los trámites posteriores al egreso que deberán realizar para recibir atención en la Consulta Externa.

4.2.3. Manifestaciones Estructurales

Políticas

Aunque la gran demanda de atención modifica constantemente los lineamientos, en el hospital como en cualquier organización existe un organigrama, descripción de funciones, asignación de responsabilidades, etcétera.

La política se enfoca a brindar Atención Médica de urgencias a cualquier persona que lo demande, teniendo el cero por ciento de rechazo. Parece noble imaginar que se recibirá a cualquier paciente en cualquier situación de urgencia pero esto implica una gama de problemas. Para un hospital que por su naturaleza con frecuencia sufre la carencia de insumos y una alta demanda, significa que se está responsabilizando por atender a una cantidad de población mucho mayor que su capacidad y puede incurrir en desviaciones médico-legales por no contar con dichos insumos. Para la población representa una verdadera contrariedad sentarse a esperar por la atención y que después varias horas, les respondan que van a tener que esperar a contar con el insumo.

Procedimientos

Las actividades tienden a desarrollarse de acuerdo con los manuales de procedimiento institucionales, cuando no se ven rebasadas por la operación. Las autoridades del nivel central supervisan el apego a los manuales y hacen observaciones al respecto al director, aunque la productividad del hospital supera las desviaciones encontradas.

Estructuras de poder

Es increíble que la estructura de poder entre médicos y pacientes se resume en una sola pregunta: ¿Dónde está la abertura de la bata? Dependiendo de la ubicación se tiene o no la voz cantante. Si la abertura es al frente, se trata de un médico con autoridad; si se encuentra atrás, se trata de un paciente introvertido en su malestar.

El familiar se ve molesto e intimidado por el monstruo organizacional que lo ha engullido para buscar la salud de su paciente.

La vestimenta distingue a las personas, las clasifica y las etiqueta frente a la mayoría de los pacientes y familiares. Si una mujer porta filipina, es la “señorita” que le da medicinas al paciente y le cambia el pañal, relegando el hecho de ser una licenciada en enfermería con otros talentos; si es hombre quien porta la filipina, se trata de un “camillero” que moviliza a los pacientes, sin importar que se trate de un licenciado en enfermería, un técnico en inhaloterapia, o un químico farmacobiólogo que obtiene las muestras.

Si una mujer usa bata blanca es “señorita” aunque en realidad se trate de una médica; si es hombre es “doctor”, aunque se trate de personal de mantenimiento biomédico.

Si porta pijama quirúrgica es “señorita” sin importar que sea médica cirujana, licenciada en enfermería especializada en atención quirúrgica, o personal de

dietología que reparte el alimento a los pacientes o, personal de intendencia. Si es hombre, es “camillero” sin importar que sea médico cirujano, licenciado en enfermería especializado en atención quirúrgica, personal de intendencia, o efectivamente el camillero.

Por lo anterior, si una indicación es dictada por un “doctor” se tiene que acatar, mientras que si es de la “señorita”, no tiene el mismo valor.

De acuerdo a la vestimenta que se porta, es el trato que se puede esperar de otra persona. Un ejemplo de esto es que dos personas se topen de frente en las escaleras:

- Si es un médico frente a pacientes y familiares, el médico sigue de largo mientras los otros se detienen sin chistar.

- Si es un médico frente a un estudiante, el médico sigue de largo mientras el otro esboza una débil sonrisa y baja la mirada.
- Si es un estudiante frente a un paciente o familiar, se atraviesa el estudiante atropellando a los de enfrente y los otros se detienen. Esto también sucede si se topan un estudiante y un médico que en ese momento no trae bata.

- Si es un paciente o familiar frente a otro paciente o familiar, se detienen ambos, en ocasiones se esbozan una sonrisa amistosa que deja ver su malestar; y se presenta el caso uno ayuda al otro a pasar.

Cuando alguien se cruza en las escaleras, el de menor jerarquía da el paso. Si no se porta bata, hasta el estudiante atropella con toda tranquilidad aunque el otro tenga el “derecho de paso”.

4.2.4. Manifestaciones Materiales

Instalaciones

El servicio de Ortopedia en Hospitalización cuenta con cuatro cubículos de seis camas cada uno donde todos los pacientes son del mismo sexo.

El espacio de los cubículos está diseñado para albergar camas hospitalarias, un buró junto a cada cabecera y permitir el tránsito del personal y los equipos médicos, no para alojar temporalmente una persona cansada y angustiada. Algunos familiares consiguen cajas de cartón y las colocan sobre el piso para tratar de descansar un par de horas junto a su paciente.

En cada cubículo hay un sillón tipo *reposit* para sentar a los pacientes que llevan mucho tiempo acostados o requieren terapia respiratoria. Están sumamente deteriorados por el uso, así que no se permite a los familiares que los usen para descansar.

No hay un espacio adecuado para tenga un descanso reparador, ya que el hospital no tiene los recursos económicos para brindar un mobiliario más digno al familiar ni el espacio para ubicarlo.

En todo momento se observa al personal de intendencia transportando residuos en bolsas y contenedores, pasando el trapeador, limpiando vidrios, levantando desechos como pañales y vendas de los sanitarios y cubículos y aun así no se percibe como aceptable por ninguno de los actores de la Atención Médica. El mal olor emana del sanitario para pacientes y familiares, así como del cuarto séptico, mientras que se evidencia la labor del personal de intendencia en áreas donde ni los pacientes ni los familiares tienen acceso, como el área de Enfermería dentro de la central o el sanitario para el personal. Esto sugiere que los responsables de que las instalaciones se encuentren en tal estado son los pacientes y familiares. Los sanitarios, aunque son amplios, no están diseñados para recibir pacientes con silla de ruedas.

Equipo

Las camas hospitalarias están diseñadas para que el personal médico y paramédico puedan atender cómodamente a los pacientes, dado a que de otra manera se afectaría el rendimiento laboral por causar lesiones ergonómicas. Sin embargo, no son las óptimas para brindar la atención, según manifiestan los médicos, por encontrarlas sumamente deterioradas. Al estar altas, las camas resultan desventajosas para los pacientes que pueden deambular, ya que necesitan un banquito para bajar y les resulta complicado bajar sin el soporte adecuado.

Tecnología

El nosocomio es una unidad de concentración, por lo que alberga una gran cantidad de pacientes. Esta situación privilegia la compra de insumos y medicamentos antes que a la tecnología. Sin embargo cuenta con equipo de primer nivel para fines diagnósticos y terapéuticos como la Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética, equipo portátil de rayos X, equipo Médico para Cirugía Articular, entre otros. Pacientes y familiares sólo pueden observar la infraestructura pobremente equipada en el área de Hospitalización y Urgencias; los equipos especializados generalmente se emplean cuando el paciente no está despierto, o sea, durante una operación o sedado por su gravedad.

Mobiliario

Si el paciente requiere la colocación de un material como los fijadores externos para consolidar una fractura, necesita un lugar donde resguardarlo mientras llega el médico tratante para poder entregarlo y él a su vez, programe la cirugía. Al contar únicamente con un buró, no hay resguardo apropiado de estos bienes.

Por otro lado, las mesas que están al pié de la cama del paciente son multifuncionales; el adscrito coloca el expediente y radiografías durante la visita, el estudiante y la Trabajadora Social se apoyan para tomar nota, el personal de laboratorio detiene de su material durante la toma de muestras, y el personal de dietología coloca la charola de la comida del paciente. Con todas estas bondades, las mesas son resistentes, fáciles de limpiar, pero no le giran correctamente las rueditas.

Alimento

El alimento que se da a cada paciente va de acuerdo al estado de salud, es determinado por el médico junto con la nutrióloga o la dietista, pudiendo ser normal o específico al padecimiento. La mayoría de los pacientes recibe la dieta normal. El alimento es preparado en la cocina del hospital bajo estándares de calidad verificables de forma constante de acuerdo a normatividad. Se prepara en la cocina y se transporta en carros hasta los cubículos para ser servido de acuerdo a las indicaciones en charolas amplias con varias secciones. Si el alimento es probado en el área de cocina o comedor resulta un poco insípido a algunos paladares por contener una cantidad mínima de sal, de olor amable y apetecible, ligero por ser bajo en grasa y suave para poder ser partido con facilidad. Si este mismo alimento es olido en los cubículos resulta poco apetecible, probablemente porque se está mezclando el aroma del alimento con los malos olores emanados de sanitarios y séptico.

4.3. Análisis de Resultados

En la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha surgido la necesidad de implementar guías de atención a pacientes con lesiones traumáticas para elevar la calidad técnica de la Atención Médica.¹⁵³ Bajo este mismo tenor es preciso establecer mecanismos para elevar la satisfacción de la población respecto al servicio recibido.

De acuerdo con Donabedian¹⁵⁴, las amenidades son un componente relevante de la Atención Médica, dado a que los actores perciben la calidad como un todo. La estructura involucrada con la Atención Médica cumple con su propósito, sin embargo, puede ser más moderna y adecuada a las necesidades surgidas durante la operación.

4.3.1. Perfil del paciente y relación con los resultados

El nivel educativo tanto de pacientes como de los familiares es congruente con los datos reportados por la OCDE en 2005.¹⁵⁵

Las consecuencias económicas de los lesionados por tránsito, incluyen los costos de una asistencia médica prolongada, la pérdida de quienes aportan los ingresos familiares y la pérdida de ingresos debido a las secuelas o discapacidad que en su conjunto a menudo llevan a las familias a la pobreza y la desintegración de la misma.¹⁵⁶

¹⁵³ Aviña-Valencia, JA; Mondragón-Kalb, M; Gaytán-Becerril, A. *Guías de diagnóstico y tratamiento para el manejo del paciente politraumatizado*. Editorial Alfil. México, 2008.

¹⁵⁴ Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*. *Op cit*.

¹⁵⁵ *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México*. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Op Cit*.

¹⁵⁶ Aviña-Valencia, JA; Mondragón-Kalb, M; Hernández García, A; A; Hernández-Aureoles, E. *Los accidentes viales, un grave problema de salud en el Distrito Federal*. *Acta Ortopédica Mexicana* 2009; 23(4): Jul.-Ago: 204-208.

Es importante mencionar que los pacientes pasan mucho tiempo en inactividad. Lo que puede ser un área de oportunidad para el potencializar las capacidades de la población a través de actividades vinculadas a instituciones educativas mediante programas de servicio social; de lo contrario pudiese llegar a ser un factor para detonar hábitos perniciosos tanto para el paciente como para la población.

4.3.2. Perfil del familiar y relación con los resultados

Generalmente un miembro de la familia asume el rol de cuidador principal, siendo la cónyuge quine tiene la mayor probabilidad de desempeñarlo, o en su defecto en la hija o hermana.

El familiar pasa varias horas en el ambiente hospitalario. Trascurre su estancia entre salas de espera, pasillos y el cubículo donde está ubicado el paciente. Considera que de forma general todas las áreas están sucias y las áreas le resultan incómodas. Con frecuencia encuentran los custodios en los pasillos haciendo ruido y manejándose de forma grosera.

Por lo anterior, parece que el familiar está relegado de la Atención Médica del paciente siendo quien se hará cargo del cuidado durante la convalecencia posterior al egreso del hospital. Estos cuidadores invisibles dedicarán esfuerzo y varias horas a la semana a la atención del paciente. Por lo que se consideran actores valiosos en la Atención Médica pero a la vez están vulnerables a la repercusión material, emocional y de la salud que de esto deriva.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Montorio-Cerrato, I; Fernández-Trocóniz, MI; López-López, A; Sánchez-Colodrón, M. *La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga.* Anales de Psicología, 1998, vol 14, n°2, 229-248.

4.3.3. Perfil del médico y relación con los resultados

El médico espera lograr satisfacción a través de la realización de sus labores brindando Atención Médica en instalaciones con equipo e insumos adecuados; además del reconocimiento por parte de sus superiores en las actividades realizadas y con una remuneración congruente con la magnitud y nivel de responsabilidad adquiridos.¹⁵⁸

Por otra parte, los médicos deben adaptarse al cambio de la dinámica tradicional en la relación médico paciente dado a que la población está siendo constantemente bombardeada por información distinta y abundante a través de los medios masivos. Se requiere replantear los valores y actitudes que permitan una nueva interrelación basada en los principios bioéticos y la tolerancia a los diferentes modelos médicos existentes.¹⁵⁹

Es deber del personal médico y paramédico integrar al familiar en la dinámica de atención dada su relevancia, de acuerdo con la experiencia revelada en la investigación. Asimismo, los médicos han manifestado que en términos generales los pacientes y familiares los trataron de forma respetuosa y adecuada, y los casos en que no se consideró así fueron provocados por una comunicación poco efectiva entre ambos, que, a su vez, generó la sensación de un trato poco amable por parte del personal médico.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Aguirre-Gas, H. *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y los trabajadores de las unidades médicas*. Salud Pública de México, 1990; 32:170-180.

¹⁵⁹ Ospina-Muñoz, DE. *La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo*. Investigación y Educación en Enfermería Colombia, 2008 Vol. XXVI N.º 1, 117-122.

¹⁶⁰ Herrera-Kiengelher, L; Villamil-Álvarez, M; Pelcastre-Villafuerte, B; Cano-Valle, F; López-Cervantes, M. *Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México*. Rev Saúde Pública 2009;43(4):589-94.

5. CONCLUSIONES

- Tras el análisis de resultados se afirma que a mayor conocimiento de las perspectivas ajenas al papel de cada uno de los actores involucrados en la Atención Médica, crece la oportunidad de mejora de la atención brindada en el Servicio de Ortopedia del Hospital General Xoco.
- La perspectiva de cada uno de los actores difiere entre sí, de acuerdo con el rol que desempeñan en la Atención Médica.
- Es innegable el bagaje cultural de los actores está relacionado directamente con el nivel educativo.
- Se puede distinguir una subcultura propia de pacientes y familiares ubicados en hospitalización, producto de la necesidad de enfrentar la vulneración repentina de la salud. Aquí se desarrollan vínculos de solidaridad entre extraños que terminan considerándose entre sí compañeros para ayudarse, apoyarse y darse aliento; aplicable tanto entre pacientes como entre familiares.
- Si se proporciona información adecuada a pacientes, familiares y población general, se podrá construir una nueva cultura en materia de salud.
- Conociendo la perspectiva de la Atención Médica brindada en el Servicio de Ortopedia en el Hospital General Xoco, se pueden emitir recomendaciones para el trato digno a pacientes, familiares y población general de todo el nosocomio.
- Los pacientes consideran que en general la Atención Médica brindada es satisfactoria y, que asimismo, es congruente con lo manifestado en el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

- Los familiares deben ser incluidos en el proceso de Atención Médica, pues son los potenciales cuidadores al egreso del paciente y representan una fuerza laboral informal dentro de la organización hospitalaria.
- Ya que el Hospital General Xoco es un hospital de concentración, cuenta con recursos limitados frente a una demanda creciente de Atención Médica en el Servicio de Urgencias; sin embargo, esto no exime de responsabilidad a la Institución ni a los trabajadores de brindar un servicio digno.
- Las amenidades vinculadas con la Atención Médica deben ser mejoradas para beneficio de todos los actores, de este modo, la estancia será más llevadera.
- El análisis periódico de la perspectiva de los involucrados en la Atención Médica permitirá la retroalimentación efectiva entre todos los actores.
- El servicio de Atención Ciudadana tiene el potencial para ser un destacado aliado de la Dirección para impulsar la mejora continua.
- Para la atención y servicio digno a pacientes, familiares y población general se requiere capacitación continua que involucre a todo el personal hospitalario; asimismo, se necesita sensibilizar paulatinamente a los médicos, pacientes y familiares en las perspectivas ajenas al rol que desempeñan. Ello podría coadyuvar a prevenir los conflictos suscitados durante la Atención Médica.

6. RECOMENDACIONES Y PROYECTOS FUTUROS

- En futuras investigaciones se podrán buscar explicaciones a fenómenos sociales actuales, como el que los pacientes tengan un menor grado de escolaridad frente a sus familiares cuidadores, que son económicamente productivos y están dejando las actividades laborales para dedicarse al cuidado y convalecencia del paciente.
- El presente trabajo pretende dar pie a futuras líneas de investigación dirigidas a la Atención Médica humanizada con decoro, para todos los actores involucrados.

7. PROPUESTAS

Tras el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación, se proponen las siguientes alternativas para lograr una convivencia digna, tolerante y pacífica en el hospital.

Para lograr la mejora continua se requiere un esfuerzo conjunto por parte de todos los involucrados, por lo cual se sugiere lo siguiente para cada parte involucrada:

- A la Institución.- Implementación de un programa de estímulos al personal, así como mecanismos para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores eventuales.
- Al personal médico y paramédico.- Sensibilización y capacitación continua a partir de un constante diagnóstico de necesidades, y de acuerdo con las recomendaciones emitidas por la CONAMED.
- A los pacientes y familiares.- Solicitud de orientación para conocer el funcionamiento del hospital y apegarse a las indicaciones del personal, así como dirigirse de manera cortés tanto al personal como a otros pacientes y familiares.

Se propone puntualmente:

- FOLLETO PARA PACIENTES Y FAMILIARES, para ser otorgado a manera de apoyo en la orientación brindada por el personal de Atención Ciudadana, en el cual se mencionan de manera sucinta los lineamientos que deben observar durante su estancia. (Ver Anexo).
- MANUAL DE BIENVENIDA AL PERSONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA, para coadyuvar a la mejora de la calidad en la Atención Médica y otorgar un servicio digno y adecuado a las expectativas de la población, de acuerdo

con la situación real presentada. En este manual se establecen, por un lado, los principios básicos para la atención digna a pacientes, familiares y población general; y por otro, una explicación acerca de la institución, el hospital y el servicio, así como un mensaje de bienvenida. (Ver Anexo).

8. REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS Y NORMATIVAS

Aguirre-Beltran, G. *Obra Antropológica V: Programas de Salud en Situación Intercultural*. FCE. México, 1994.

Aviña-Valencia, J.A.; Mondragón-Kalb, M; Gaytán-Becerril, A. *Guías de diagnóstico y tratamiento para el manejo del paciente politraumatizado*. Alfil. México, 2008.

Bradley T. Gale. *Descubra el valor de su cliente*. Prentice Hall. México, 1994.

Cascon-Soriano, P. *Educación en y para el conflicto: Cátedra sobre paz y derechos humanos*. Editado por ONU-UNESCO. España, 2008

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última reforma publicada DOF 24-08-2009.

Diccionario de la Real Academia Española. Edición 22. España 2010.

Donabedian, A. *La calidad de la Atención Médica. Definición y métodos de evaluación*. Ediciones científicas La Prensa Médica. México, 1984.

Dubón Peniche, M.C. *Logística de las Controversias en la Prestación de Servicios de Salud. Cátedra de materia de la Maestría en Administración de Sistemas de Salud*. Semestre 2010-1, Posgrado FCA, UNAM.

Echenique-Portillo, R. *Mis apuntes de Bioética*. Editado por FCA-UNAM. México, 2009.

Encyclopedia of Bioethics. Vol. I, p. XIX, New York. 1978.

Escuela Superior de Administración de Instituciones. Fundamentos de los Servicios en la Hospitalidad. Limusa. México, 1992.

Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional 200-2005. Editado por ONU-OMS. Suiza, 2002.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Editado por Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Francia, 2005.

Fernández-Busso, N. "Calidad de la Atención Médica". *Programa de Educación a Distancia "Nuevas Formas de Organización y Financiación de la Salud"*. Editado por OPS-ONU, 2008.

Frenk, J. *Acuerdo de SSA da a conocer las reglas de indicadores de Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. Editado por Secretaría de Salud. México, 2002.

Henríquez Ureña, P. *Estudios mexicanos*. Editorial FCE. México, 1984.

Hirata, T. *Customer Satisfaction Planning*. CRC Press. USA, 2009.

Hopson, B; Scally, M. *12 pasos para el éxito brindando servicio*. Ediciones Macchi. Argentina, 1993.

ISO 9000:2008. Calidad en los Servicios. *Organización Internacional para la Normalización* . Elaborada por la Organización 176 (ISO/TC 176). 2008.

Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Campaña Nacional por Diversidad Cultural de México. Editado por SSA. México, 2006.

Koontz ,H. *Administración Contemporánea*. Mcgraw Hill. México, 1994.

Kotler, P. *Dirección de mercadotecnia: análisis, planeación, implementación y control*. McGraw-Hill. España, 1992.

Ley General de Salud. Últimas Reformas DOF 27-04-2010.

- Lovelock, C.; Reynoso, J.; D'Andrea, G.; Huete, L. *Estrategias de marketing, operaciones y recursos humanos*. Pearson. México, 2004.
- Luna Ballina, M. *Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la Atención Médica*. Editado por CONAMED. México, 2009.
- Manual de Buenas Prácticas para la Atención al Cliente: Restaurantes. Personal en contacto con el cliente*. Editado por el Ministerio de industria, turismo y comercio. España, 2008.
- Manual de Organización del Módulo de Atención Ciudadana en las Unidades Hospitalarias, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*. México, 2008.
- Manual de Procedimientos para la Recepción y Atención de Quejas y Sugerencias en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal*. México, 2006.
- Miradas Indígenas a la Calidad de la Atención Médica: Monitoreo de Indicadores Interculturales*. Editado por SSA. México, 2003.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República, 2007.
- Priego Álvarez, H. *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos*. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México, 1996.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. México, 2007.
- Recomendaciones generales dirigidas a pacientes, para mejorar la relación con su médico, durante el proceso de consulta*. Editado por CONAMED, México, 2008.
- Reyes Ponce, A. *Administración Moderna*. Limusa. México, 2007.

Senlle, A.; Martínez, E.; Martínez, N. *Calidad en los Servicios*. Gestión 2000. España, 2001.

CIBERGRÁFICAS

<http://medicaltourism.com>

Última visita: 20 de octubre de 2010.

http://spanish.news.cn/salud/2010-05/26/c_13317544.htm

Última visita: 26 de mayo de 2010.

<http://www.conamed.gob.mx>

Última visita: 17 de octubre de 2010.

<http://www.conamed.gob.mx/interiores.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/estadistica/&destino=sintesis2010.php>

Última visita: 17 de octubre de 2010.

<http://www.conamed.gob.mx/servicios/&destino=proarbitral.php&seccion=80>

Última visita: 17 de octubre de 2010.

http://www.forbes.com/2003/07/08/cx_ns_0708healthintro.html

Última visita: 20 de octubre de 2010.

<http://www.iso.org/iso/home.html>

Última visita: 4 de septiembre de 2010.

<http://www.marketingpower.com/Pages/default.aspx>

Última visita: 23 de julio de 2010.

http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_4/cruzada_nal_salud.pdf

Última visita: 12 de agosto de 2010

<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php#>

Última visita: 4 de noviembre de 2010.

<http://www.schletterer.com>

Última visita: 20 de octubre de 2010.

<http://www.um.es/universidad/historia-umu/dhc/hannu-vuori.php>

Última visita: 6 de abril de 2010.

HEMEROGRÁFICAS

Ágreda, J; Yanguas, E. "El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo". En *Anales Sis San. Navarra*. 2001; 24 (Supl. 2), 65-72.

Aguirre-Gas, H. "Administración de la calidad de la Atención Médica". En *Rev Med IMSS*. México, 1997; 35 (4): 257-264.

Aguirre-Gas, H.; Campos-Castolo, E.M.; Carrillo-Jaimes, A; Zavala-Suárez, E; Fajardo-Dolci, G. "Análisis crítico de las quejas CONAMED 1996-2007". *Revista CONAMED*. México, 2008, Vol 13, abril-junio, 5-16.

Aguirre-Gas, H. "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas". *Salud Pública*. México, 1990; 32:170-180.

Aguirre-Gas, H. "La ética y la calidad de la Atención Médica". En *Cir Ciruj*. México, 2002; 70: 50-54.

Altuzarra Toscano, M. "La Atención al Cliente". En *Revista Digital España "Investigación y Educación"*. N°20, Vol. 3, septiembre, 2005.

- Aviña-Valencia, J.A.; Mondragón-Kalb, M.; Hernández García, A.; Hernández-Aureoles, E. "Los accidentes viales, un grave problema de salud en el Distrito Federal". *Acta Ortopédica Mexicana*. México, 2009; 23(4): Jul.-Ago: 204-208.
- Barba Álvarez, A. "Cambio organizacional y cambio en los paradigmas de la administración. 2000", México, Iztapalapa, 48 enero-junio del 2000. pp. 11-34.
- Barragán-Solís, A. "Interrelación de los Distintos Modelos Médicos en la Atención del Dolor Crónico en el Grupo de Pacientes con Neuralgia Posherpética". *Rev Cuicuilco*. México, 2005. Vol. 12 (33). 61:78.
- Buwa, D; Vuori, H. "Rebuilding a health care system: war, reconstruction and health care reforms in Kosovo". En *The European Journal of Public Health*, 2007, 17 (2):226-230.
- Caminal, J. "La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios". En *Revista Calidad Asistencial*, España, 2001; 16:276-279.
- Campos-Navarro, R.; García-Vargas, F.; Barrón, U.; Salazar, M.; Cabral-Soto, J. "La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleode hamacas en un hospital rural del sureste de México." *Rev Med IMSS*, México, 1997; 35 (4): 265-272.
- Caponi, S. "Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud". En.História, Ciências, Saúde — Manguinhos. Vol. IV (2):287-307, jul-oct. 1997.
- Cascón Soriano, P. "Educar en y para el conflicto". En *Cátedra UNESCO sobre Paz y Derechos Humanos*. España, 2007.

- Cruz Alcudia, CM. "La satisfacción de los usuarios, un compromiso permanente". En *Salud en Tabasco*, México Vol. 14, Núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 767-768.
- "Declaración Alma Ata, Organización Mundial de la Salud 1978". En *Salud Publica*, Educ Salud 2002; 2 (1): 22-24.
- Dipierrri, J. Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. Cuadernos FHYCS-UN. Argentina, 2004, (22) 241:263.
- Eade D, Williams S. *The Oxfam handbook of development and relief*. 1995, Vol 2, Oxford, UK. 767:772.
- Frenk J. "IN MEMORIAN Avedis Donabedian". En *Salud Pública*, México, vol.42 no.6 Cuernavaca Nov./Dec. 2000.
- Frenk J., González-Pier E., Gómez-Dantés O., Lezana M.A., Knaul F.M.. "Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México". En *Salud Publica*. México, 2007;49. Supl 1:23-36.
- Frenk, J. "Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias". En *Salud pública*. México, 2007. Vol. 49, supl.1, pp. s14-s22.
- Fuquen Alvarado, M. "Los conflictos y las formas alternativas de resolución". En *Tabula Rasa*. Colombia, enero-diciembre de 2003 No.1: 265-278.
- Herrera-Kiengelher, L; Villamil-Álvarez,M; Pelcastre-Villafuerte, B; Cano-Valle, F; López-Cervantes, M. "Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México". En *Revista Saúde Pública*, 2009; 43 (4):589-94.
- Madariaga, C; Gavilán, V; Viguera, P; Madariaga, V. "Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas". En *Revista Antrop Chilena*. Chungará, 2006. Vol.38:1, pp. 152-155.

- Menéndez, E. "Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y Alternativas hacia una Fundamentación Teórica del Modelo de Autoatención en Salud". En *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*. 1984. N°3. 85:118.
- Menéndez, E. "El modelo Médico y la Salud de los Trabajadores". En *Salud Colectiva*, La Plata, 1(1):9-32. 2005.
- Montorio-Cerrato, I.; Fernández-Trocóniz, M.I.; López-López, A.; Sánchez-Colodrón, M. "La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga". En *Anales de Psicología*. España, 1998. Vol. 14, N°2, 229-248.
- Navarrete-Navarro S.; Rangel-Frausto M.S. "Las infecciones nosocomiales y la calidad de la Atención Médica". En *Salud Pública*. México, 1999; 41 supl 1:S64-S68.
- Osorio, F; Cooper, D; QUIROZ, D. Observación Participante. En *Revista Digital Cinta de Moebio*, Septiembre, Num 6 Chile. 1999
- Ortega-Benito, J.M. "La auditoría médico-clínica (I). La calidad en los servicios sanitarios". En *Med Clin*. Barcelona, 1994, 103: 663-666.
- Ospina-Muñoz, D.E.; "La relación terapeuta-paciente en el mundo contemporáneo. Investigación y Educación". En *Investigación y Educación en Enfermería*. Colombia. Vol. XXVI, N° 1, marzo, 2008, pp. 116-122.
- Rentería-Torres, J. "¡Aaaah! ¡Me duele!". En *Revista CONAMED*. México, 2008, Vol 13, abril-junio 3-4.
- Ramírez, A.M.; García, JEGA, Fraustro, S.R. "Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana". En *Cad. Saúde Públ*. Rio de Janeiro, Vol. 11 (3): 456-462, jul/sep, 1995.

- Ramírez-Sánchez T.J., Nájera-Aguilar P.; Nigenda-López, G. "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios". En *Salud Pública*, México, 1998; 40:3-12.
- Relman AS. "Assessment and accountability: the third revolution in medical care". *N Engl J Med*, USA 1988;319:1220-1222.
- Rodríguez-Vizcarra, G. "Hospedaje Hospitalario: una nueva tendencia en la calidad del servicio, que determina el confort de nuestros pacientes, familiares y visitantes". En *Revista. CONAMED*, México, 2009; 14 (2): 36-39.
- Ruelas B.E. "Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la Atención Médica". En *Salud Pública*. México, 1990; 32: 225-31.
- Santillán, ML. "Hospital General Xoco, una larga y fructífera historia". En *Revista "Familia Médica"*. Año 1, N° 1, agosto de 2010.
- Serrano-del Rosal R, Loriente-Arín N. "La anatomía de la satisfacción del paciente". En *Salud Publica*. México, 2008; 50: 162-172.
- Schwartzmann; L. "Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales". En *Ciencia y Enfermería*. Chile, Vol. IX (2): 9-21, 2003.
- Velásquez P.L.; Ruíz P.N.; Trejo C. A.; Sotelo M.J. "La satisfacción de los usuarios en relación a la calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía". En *Arch Neurocién*. México, Vol 11. N° 3: 183-190, 2006.
- Vuori, H. "Humanitarian assistance to a country at war: Does it make sense?". En *European Journal of Public Health*. 1996 (6) 4: 239-244.
- Vuori H. "Health under fire: Health Care in Wartime Conditions". En *European Journal of Public Health*. 1996 (6) 4: 237-238.
- Vuori, H. "International Journal for Quality in Health Care" (1991) 3:183-189.

Zucchi, P.; Del Nero, C.; Maliz, A.M. "Gastos en saúde: os factores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde". En *Revista de Administração Pública*. 1998, (32) 5: 124-47.

9. ANEXOS

9.1. Cuestionario aplicado

Edad _____ Sexo _____ Nacionalidad _____
 Ocupación _____ Estado civil _____
 SECTOR: PACIENTE FAMILIAR MÉDICO

Página

Instrucciones:

Califique de acuerdo a sus expectativas en esta hospitalización:

MUY MALO: (no cumple con la expectativa y definitivamente requiere ser mejorado).
MALO: (no cumple con la expectativa y requiere ser mejorado).
REGULAR: (cumple parcialmente con la expectativa).
BUENO: (cumple con la expectativa aunque puede mejorar).
MUY BUENO: (cumple por completo la expectativa).

MUY MALO
 MALO
 REGULAR
 BUENO
 MUY BUENO

Enfermería

Atención

--	--	--	--	--

Otros áreas (pasillos, salas de espera)

Atención

--	--	--	--	--

Sala de espera para pacientes y familiares

Atención

--	--	--	--	--

La higiene

Atención

--	--	--	--	--

El ambiente

Atención

--	--	--	--	--

La accesibilidad de médicos al diagnóstico, tratamiento y pronóstico

Atención

--	--	--	--	--

Trato brindado por paciente hacia el médico

Atención

--	--	--	--	--

Trato del personal de enfermería hacia el paciente

Atención

--	--	--	--	--

Trato del personal de Trabajo Social hacia el paciente

Atención

--	--	--	--	--

Trato del personal de Atención Odontológica

Atención

--	--	--	--	--

Los beneficios recibidos en la atención del paciente

Atención

--	--	--	--	--

Desempeño personal respecto a la atención del paciente en hospitalización

Lo más agradable o positivo:

Lo más desagradable o negativo:

¿Qué propone para mejorar?

9.2. Folleto de apoyo para pacientes y familiares

Reglas y recomendaciones para prevenir conflictos durante su estancia.

<ul style="list-style-type: none"> • Ceda el asiento a los pacientes. • Tenga presente que sólo se informa del estado de salud de los pacientes a familiares. • Ofrezca el mismo trato amable y respetuoso que a usted le gusta que le den. 	CONVIVENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Para ingresar al hospital debe presentar identificación oficial. • La hora de visita es de 4 a 6 de la tarde, por la calle Bruno Traven. • El pase de baño o pase permanente se entrega sólo si el médico lo determina. • Revise los horarios específicos para hablar con los médicos. • Acuda con el personal de Trabajo Social para realizar los trámites • Muestre receta médica para ingresar alimento y medicinas al Hospital. • Recuerde que no se permite la entrada a niños. 	VISITA Y ALTA
<ul style="list-style-type: none"> • Ropa de calle, gorras y lentes oscuros. • Televisión, radio u otros aparatos. • Objetos de valor. 	PROHIBIDO LLEVAR A LOS PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Tramite con anticipación su cita. • No se permite la entrada a niños. • Sólo se acepta un acompañante por paciente. 	CONSULTA EXTERNA

SUGERENCIAS

- Pida orientación en el Módulo de Atención Ciudadana siempre que lo necesite.
- Procure que siempre sea el mismo familiar a quien se le brinde la información.
- Hágase responsable de su salud.
- Involucre a su familia en hábitos para la mejora de la salud.
- Cumpla con los acuerdos establecidos con su médico.

**MANUAL DE BIENVENIDA AL PERSONAL
DE ATENCIÓN CIUDADANA**

Abril 2011

CONTENIDO

<u>MANUAL DE BIENVENIDA AL PERSONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA</u>	
<u>Introducción</u>	
<u>Marco Jurídico</u>	
<u>Objetivo del Manual</u>	
<u>Mensaje de bienvenida</u>	
<u>Organización de la Secretaría de Salud</u>	
<u>Secretaría de Salud del Distrito Federal</u>	
<u>Hospital General Xoco</u>	
<u>Reseña histórica del Hospital General Xoco</u>	
<u>Misión</u>	
<u>Visión</u>	
<u>Valores</u>	
<u>Estructura</u>	
<u>Organización del servicio en el Hospital General Xoco</u>	
<u>Servicio de Atención Ciudadana</u>	
<u>Funciones y actividades generales</u>	
<u>Responsable de Atención Ciudadana</u>	
<u>Personal de Atención Ciudadana</u>	
<u>Formación para la atención a la población</u>	
<u>Prevención de accidentes</u>	
<u>Infectocontagiosos</u>	
<u>Comunicación</u>	
<u>Referencias</u>	
<u>Anexos</u>	

MANUAL DE BIENVENIDA AL PERSONAL DE ATENCIÓN CIUDADANA

Abril 2011

Introducción

La Secretaría de Salud del Distrito Federal lleva a cabo la realización del presente Manual con el propósito de contribuir a la mejora de calidad en la atención integral de la población. Al respecto, la Atención Ciudadana tiene un papel fundamental, ya que brinda información y orientación a los pacientes, a los familiares y la población general. Por otro lado, su importancia radica en la retroalimentación que ofrece a las autoridades, respecto a la percepción de la calidad en la atención médica.

La relevancia de escuchar la opinión del paciente y del familiar se ha visto incrementada por la necesidad de brindar atención digna a la población.

El presente Manual ha sido elaborado con la finalidad de otorgar una herramienta al personal de nuevo ingreso, proporcionándole una panorámica general de la Institución, del hospital, así como los elementos necesarios para inducir y facilitar el desempeño de las actividades inherentes al puesto que se integra.

Marco Jurídico

Los principales ordenamientos médico-jurídico-administrativos en que se sustenta el presente Manual son:

CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

DOF 05-II-1917

Última reforma: DOF 13-IX-2007

ESTATUTO

Estatuto del Gobierno del Distrito Federal

DOF 05-II-1917

Última reforma: DOF 13-IX-2007

LEYES

Ley General De Salud

DOF 07-II-1984

Última reforma: DOF 27-04-2010.

Ley de Salud para el Distrito Federal

DOF 15-I-1987

Última reforma: DOF 13-IX-2007

Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal

DOF 29-XII-1998

Última reforma: DOF 24-I-2008

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos

DOF 03-XI-1982

Última reforma: DOF 26-XII-2005

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de la Atención Médica

DOF 14-V-1986

Última reforma: DOF 13-IX-2007

Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal

GODF 28-XII-2000

Última reforma: GODF 13-IX-2007

DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS

Programa de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud. México, 2007.

Programa de Desarrollo del Distrito Federal. 2007-2012. GDF. México, 2007.

Guía Técnica para la Elaboración de Manual del Gobierno del Distrito Federal. GDF, Oficialía Mayor. México, 2005

Declaración Universal de los Derechos Humanos. ONU 10-XII-1948.

Carta de Derechos de las Pacientes y los Pacientes

Carta de Derechos de las Médicas y los Médicos

Carta de Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas

Carta de Derechos de las Enfermeras y los Enfermeros

Objetivo del Manual

Proporcionar, al personal que está por incorporarse al área de Atención Ciudadana, los elementos básicos que le permitan una introducción adecuada al servicio, con el propósito de prestar una atención digna a los pacientes, a los familiares y a la población general.

Mensaje de bienvenida

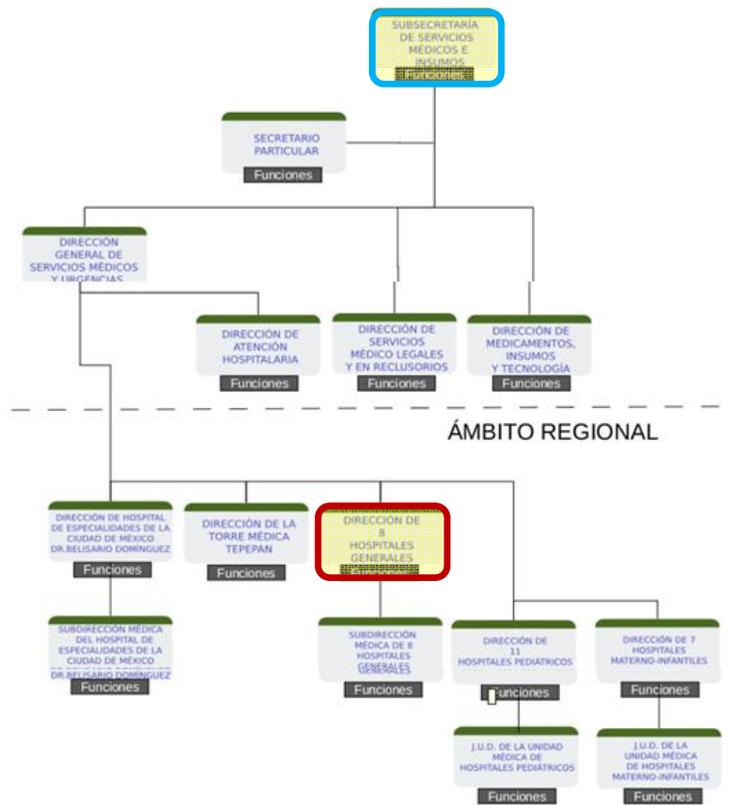
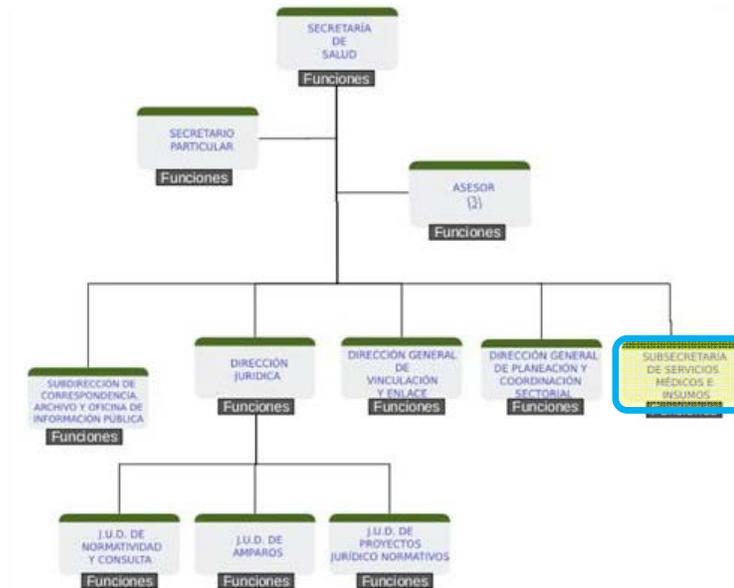
En la actualidad es evidente la necesidad de brindar un servicio de calidad como parte de la atención médica. Por esta razón, es preciso contar con personal capacitado que facilite tanto a los pacientes, como a sus familiares, una estancia hospitalaria satisfactoria. A su vez, es indispensable contar con un intermediario cuya función radica en la prevención de conflictos entre prestadores y usuarios, a través del manejo adecuado de las expectativas de los diferentes actores que participan en la atención médica.

El servicio de Atención Ciudadana es un factor estratégico en la prestación de servicios de calidad, así como para la retroalimentación al nosocomio. Su personal tiene la virtud de ser la carta de presentación ante pacientes, familiares y público en general.

En el presente Manual se describe la estructura general de la Institución, del hospital y del servicio. Contiene, además, la descripción general de las actividades a desarrollar, así como un anexo con declaraciones y derechos de los actores involucrados.

Sea usted bienvenido a un equipo dedicado a informar, orientar y atender con dignidad a la población y tenga por seguro que su esfuerzo se verá reflejado en la calidad de la atención médica que otorgamos todos y cada uno de los trabajadores del Hospital General Xoco.

Organización de la Secretaría de Salud



Secretaría de Salud del Distrito Federal

La Secretaría de Salud del Distrito Federal es la máxima autoridad sanitaria en el Distrito Federal, encabeza legalmente el Sector Salud en nuestra ciudad. Se constituye por cuatro Direcciones Generales y por el Organismo Público Descentralizado (OPD) en los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

Entre las primeras se encuentra la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, de la cual dependen las 30 unidades médicas de segundo nivel de atención que integran la red hospitalaria y se conforma por hospitales generales, materno infantiles y pediátricos. Para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas se cuenta con el Centro de Regulación de Urgencias, además de dos centros toxicológicos y cuatro unidades médicas en centros de reclusión. Asimismo, el primer nivel de atención está representado por 215 centros de salud, 87 clínicas de especialidades y la Clínica de Atención de VIH-SIDA, las cuales dependen de la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el DF.

Entre las principales atribuciones de esta Secretaría, de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública del D.F., se encuentran las siguientes:

- Formular, ejecutar, operar y evaluar las políticas de salud del Distrito Federal, así como de vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, la Ley de Salud para el Distrito Federal y demás disposiciones aplicables.
- Coordinar la participación de todas las instituciones de los sectores público, social y privado en la ejecución de las políticas de salud, así como los programas y acciones que, en materia de salud, realicen las Delegaciones del Distrito Federal. También, debe apoyar a los programas y servicios de salud de la Dependencias, Órganos Desconcentrados y Entidades de la Administración Pública Federal.
- Formular y desarrollar programas locales de salud, conforme a los principios y objetivos, tanto del Programa General de Desarrollo del Distrito Federal, como del Sistema de Información en Salud del Distrito Federal.
- Estudiar, adoptar y poner en vigor las medidas necesarias para combatir las enfermedades transmisibles y las adicciones. Asimismo, debe ocuparse de la prevención de accidentes y desarrollar actividades tendientes al mejoramiento y especialización de los servicios.

Las facultades que corresponden a la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias, de acuerdo con el Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, son las siguientes:

- Organizar, operar y controlar la prestación de los servicios de atención médica permanentes y de urgencias de las unidades hospitalarias a su cargo: unidades médicas en reclusorios y centros de readaptación social; agencias del Ministerio Público y centros de atención toxicológica.

- Ejecutar los programas de la Secretaría de Salud del Distrito Federal relativos a la prestación de servicios hospitalarios y de urgencias. Por otro lado, debe proponer programas de formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos para la atención a la salud.
- Promover la ampliación de la cobertura y la prestación de los servicios a su cargo, apoyando las políticas y programas que, para tal efecto, dicten y formulen las autoridades correspondientes de esta Secretaría.

Hospital General Xoco

El Hospital General Xoco es una Unidad Médica General de Segundo Nivel enfocado a tratamiento traumatológico. Pertenece a la red de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF) y presta servicios de atención médica ya sea ambulatoria, internamiento, y consulta externa.

Este hospital se ubica en Avenida México Coyoacán sin número, esquina Bruno Traven, en la Colonia General Anaya, con Código Postal 03340 en la Delegación Benito Juárez.



El Hospital General Xoco es una de las clínicas más grandes de la red de la SSDF. Atiende a la población referida de los Centros de Salud y urgencias, también a derechohabientes de los programas de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal en Hospitales, Sí Vale, Seguro Popular, así como a la población en general.

Proporciona los servicios médicos de urgencias, consulta externa y hospitalización de medicina interna, ginecología, neurocirugía, cirugía general, ortopedia, cirugía plástica y reconstructiva.

Debido a la variedad de servicios que ofrece, este hospital representa el modelo más complejo y dinámico de organización, por ello su demanda exige una constante adaptación.

Reseña Histórica del Hospital General Xoco

El nosocomio se inauguró el 25 de enero de 1962 como el Hospital de Urgencias Coyoacán Xoco, por el entonces presidente de la República Adolfo López Mateos. Contaba con una sala de Urgencias con ocho camillas, un cubículo para atención ginecológica, cuatro quirófanos, rayos X, laboratorio clínico y con la Unidad de Cuidados Intensivos.

En 1975 se impartió el Primer Curso Avanzado para la Atención Prehospitalaria con reconocimiento oficial. En ese mismo año se inauguró el Banco de Ojos, mismo que cerró en 2001..

En 1948, ganó la categoría de Unidad Médica General de Segundo Nivel, posterior a la remodelación e instalación total de 204 camas censables, nueve no censables. En Urgencias con cubículo de choque o “Cuarto de Reanimación” se implantaron servicios de Cirugía Articular, Auxiliares de Diagnóstico con Tomografía, Endoscopía, Ultrasonido, Laparoscopía, rayos X y un área de quemados que cerró en 1994.

En 2000 se remodeló el área de Consulta Externa ofreciendo un acceso por la calle Bruno Traven, de esta manera se incotercomunicaron consultorios, se reubicó el Archivo Clínico, así como los servicios de Artroscopía, Maxilofacial, Dental y Otorrinolaringología.

También se remodelaron áreas como las salas de espera de Urgencias, la Unidad de Cuidados Intensivos, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento. Se construyó un segundo nivel en la Consulta Externa para ubicar consultorios de Dermatología y el área de Atención Primaria y Preventiva. Asimismo, se construyó un almacén temporal de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos al margen del helipuerto.

En 2003 comienzóa funcionar el Banco de Sangre y en 2004 el servicio de Tococirugía fue remodelado. Se abrió un módulo para atención de Neonatos, área blanca con dos quirófanos, un área de Expulsión, Se amplió la Sala de Labor y la estancia para médicos y enfermeras.

A partir de 2008 inició labores la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante, con procuración y extracción de corneas, riñón y hueso.

En 2009 se instaló la Resonancia Magnética, y se reubicó el almacén temporal de Residuos.

Misión

Del Hospital: Brindar atención médico quirúrgica oportuna acertada a la población usuaria, con profesionalismo de elevado nivel académico y alto sentido humanitario.

Del Servicio: Los módulos de Atención Ciudadana son una unidad estratégica encargada de brindar al público usuario y derechohabientes la información necesaria sobre el uso de los servicios que proporciona la unidad hospitalaria, así como la Red Hospitalaria y Centros de Salud, con la finalidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios.

Visión

Del Hospital: Ser el mejor hospital regional de traumatología que actúe de forma oportuna y eficaz ante los eventos violentos, contar con personal altamente capacitado que garantice bienestar bio-psico-social de la población que lo demande.

Del Servicio: Constituirse como una instancia que promueva e impulse la profesionalización y normatividad del quehacer de la atención ciudadana en la Secretaría de Salud del DF, para optimizar la efectividad y calidad de la atención médica.

Valores

Del Hospital:

- Equidad
- Respeto
- Discreción
- Profesionalismo
- Productividad

Del Servicio:

- Vocación de servicio
- Respeto
- Objetividad
- Imparcialidad
- Responsabilidad
- Lealtad institucional
- Integridad

Estructura

El hospital se enfoca a la atención de lesiones traumáticas en adulto, cuenta con áreas de Hospitalización, Consulta Externa, Urgencias y la Unidad de Ciudades Intensivos (UCI).

La capacidad de atención instalada es:

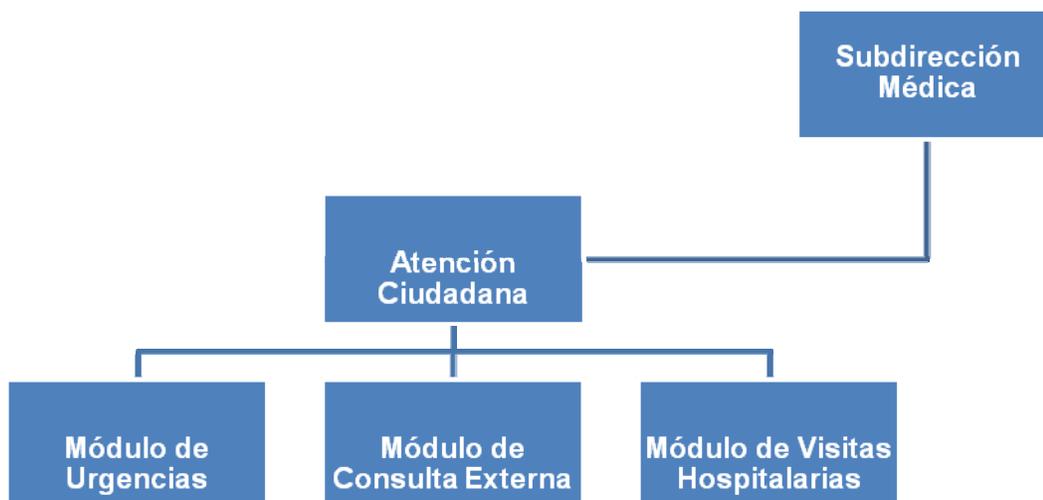
- Camas Censables: 199
- Camas no Censables: 81
- Consultorios: 18

Organización del servicio en el Hospital General Xoco

Brinda los servicios de Urgencias, Cirugía Articular, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Dental, Dietología, Ginecología, Medicina Interna, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, Psicología y Psiquiatría.

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento son Anestesiología, Inhaloterapia, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Endoscopia, Ultrasonido, Rayos X, Tomografía, Patología y Resonancia Magnética.

Organización del servicio



Servicio de Atención Ciudadana

La Secretaría de Salud del Distrito Federal implementó, desde agosto de 2003, los Módulos de Atención ciudadana para brindar al público una herramienta que mejore la utilización de los servicios médicos, así como un instrumento de retroalimentación para elevar la calidad de los servicios que se prestan. Con lo anterior, busca facilitar la comunicación con pacientes y familiares.

En el Hospital General Xoco se ha implementado el Tablero Informativo de Pacientes Hospitalizados (TIPAH). Este tablero es proyectado en una televisión ubicada en la sala de espera de Urgencias, sirve para informar acerca del estado de los pacientes ubicados en la torre de Hospitalización. Esta idea fue tomada de los tableros de los aeropuertos, donde la información circula y se actualiza de manera constante. En este caso, los datos son capturados manualmente por el personal de Atención Ciudadana a partir del estado de salud elaborado con el dictamen del médico, posterior a la visita. Después, el personal de Trabajo Social entrega esta información al módulo de Atención Ciudadana.

Funciones y actividades generales

Las funciones y actividades que a continuación se mencionan, se detallan en el *Manual de Organización del Módulo de Atención Ciudadana en las Unidades Hospitalarias*, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en el año 2008.

Responsable de Atención Ciudadana

- Determinar las estrategias de aplicación, desarrollo y evaluación de documentos e instrumentos Técnicos-Normativos para la organización y el funcionamiento de los módulos de Atención Ciudadana.
- Participación activa en comités hospitalarios y reuniones de cuerpo de gobierno, nivel central y otras instancias que por su relevancia lo requiera.
- Atención personalizada en casos de quejas y controversias de difícil manejo.
- Informar periódicamente a las autoridades hospitalarias y del nivel central la productividad, así como los resultados de las encuestas aplicadas a la población.

Personal de Atención Ciudadana

- Proporcionar a los pacientes, familiares y población general la orientación, promoción y/o recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones, con relación a los servicios que el hospital proporciona, lo anterior con la finalidad de promover servicios de calidad y calidez; conforme a las normas y políticas establecidas por la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Informar periódicamente a las autoridades hospitalarias y del nivel central, la productividad, así como los resultados de las cédulas aplicadas tanto a pacientes como a familiares.
- Atender sin distinción de sexo, grupo étnico y condición socioeconómica a pacientes, familiares y población general, indicando los servicios médicos que proporciona el nosocomio, la referencia hospitalaria; así como facilitar el acceso a la información de los programas prioritarios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Procurar un trato cordial y profesional a pacientes, familiares y población general dirigida a dar respuesta acorde a su planteamiento o necesidad con oportunidad.
- Participar de forma activa en programas de capacitación, reuniones de trabajo y sesiones técnicas convocadas por el responsable del área.

A continuación se describen los lineamientos técnicos para la recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones generadas por la atención médica, los cuales están contenidos en el *Manual de Procedimientos para la Recepción y Atención de Quejas y Sugerencias en las Unidades Hospitalarias* de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de 2006:

- Se recolectan las “Cédulas de Opinión Personal” de los buzones, elaborando un Acta con la presencia de dos testigos.

- Se clasifican las cédulas y se registra la información en la Libreta del Control.
- Se entregan las cédulas mediante oficio a la Subdirección Médica para ser analizadas y atendidas en el seno del Comité de Calidad.
- Se recibe un informe, por parte de la autoridad hospitalaria, respecto a cada queja para informar a la población la resolución o seguimiento.

Formación para la atención a la población

El desarrollo de capacidad para las relaciones personales es pilar de la atención con calidad y dignidad como parte de prestación de servicios de salud. Por esta razón, una oportunidad de mejora radica en la formación de los recursos humanos que brindan atención al público de manera congruente con los objetivos estratégicos y logre coadyuvar en la atención médica.

Resultan evidentes las diferencias entre el personal y la población atendida por las diferentes características educativas, socioeconómicas y culturales existentes. También, es fundamental considerar que la población que se acerca a un nosocomio, se encuentra en una situación emocionalmente difícil y requiere atención acorde con las circunstancias. Las necesidades de capacitación del área deben estar dirigidas a proporcionar elementos técnicos, prácticos y el desarrollo de habilidades para desempeñar su función con la mayor pertinencia.

PRINCIPIOS DE BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE, FAMILIAR Y POBLACIÓN GENERAL

La atención al paciente, familiar y la población en general es el nexo entre el servicio al usuario, su satisfacción y la calidad de la atención médica.

Mediante el trato digno en la prestación del servicio, la disposición de servicio que manifiestan los trabajadores del hospital, se logra satisfacer al usuario, lo cual representa uno de los objetivos permanentes en la Institución. Uno de los aspectos más importantes en la atención al paciente, al familiar, a la población general e, incluso, con los propios trabajadores de la Institución, es la comunicación, pues es esencial en la interacción humana.

Imagen:

Es importante cuidar la imagen personal, ya que es lo primero que los demás ven de nosotros. Cuando se produce el primer encuentro con una persona, los primeros cinco minutos representan el periodo más crítico, ya que las impresiones que se forman durante este tiempo persistirán y se reforzarán, en función del comportamiento posterior del individuo. Al respecto se recomienda:

- Elegir con esmero y especial dedicación la ropa apropiada. La vestimenta y los accesorios deben ser sencillos, para no proyectar una imagen soberbia.
- Mantener el área laboral pulcro y ordenado, lo que proporciona una sensación de agrado y bienestar.
- Respetar los lineamientos de la imagen institucional, ya que es responsable de generar congruencia y credibilidad entre el hospital y la población.
- Proyectar una imagen profesional adecuada, por medio una personalidad educada, armónica y equilibrada, construida en valores y virtudes.

La imagen que proyecta el personal se basa no sólo en su apariencia, sino en lo que dice, cómo lo dice y en la congruencia de sus actos.

Comunicación verbal:

Emplea palabras habladas o escritas para transmitir el mensaje. Debe ser coherente y es importante cuidar los siguientes aspectos:

- La calidad de la voz: la voz serena denota equilibrio, seguridad y comprensión; la fuerte, autoridad.
- El volumen o intensidad de la voz: es conveniente cambiar sutilmente de intensidad de voz, de acuerdo con lo que se dice y evitar un volumen de voz demasiado alto.
- La dicción, pronunciación y fluidez: es necesario vocalizar correctamente, articular y acentuar bien los sonidos, así como evitar muletillas en las frases y palabras de relleno (bueno, pues, este).
- Velocidad en la pronunciación: una velocidad moderada ahorra repetición y evita falsas interpretaciones.
- Tiempo de habla: es muy importante dejar al usuario que se exprese sin agobiarle, de esta manera se podrán detectar sus necesidades con mayor facilidad.

- El uso del lenguaje: es preciso emplear el lenguaje adecuado al interlocutor y evitar el empleo tecnicismos o vulgarismos.
- Saber escuchar con actitud receptiva para establecer el clima de confianza entre ambas partes.

Comunicación no verbal o lenguaje corporal:

Se establece en situación cara a cara. La comunicación no sólo se entabla con palabras, también se expresan sentimientos y emociones mediante gestos, movimientos y actitudes.

- Expresión facial: es conveniente conservar la sonrisa, pues demuestra acuerdo y entendimiento entre quienes la intercambian.
- Contacto visual: establecer contacto ocular con otra persona es una señal de comunicación mientras que desviar la mirada, significa a menudo querer evitar el contacto. Se recomienda una mirada directa, pero no insistente, ni fija, para facilitar la comunicación.
- Gestos y movimientos con las manos:
 - Dirigir el dedo índice al interlocutor, indica amenaza o riña, por lo que no es conveniente.
 - Las manos abiertas indican aceptación, si están cerradas, rechazo o nerviosismo.
 - Los brazos cruzados, pueden indicar superioridad, indiferencia o actividad de defensa.
 - Si se mueve mucho, actitud de nerviosismo.
- Postura corporal: refleja actitudes sobre uno mismo y su relación con los demás.
 - Estar de pie cuando se recibe a una persona indica buena disposición.
 - Estar de perfil o de espaldas, rechazo.
 - Mantener la verticalidad en la postura, ya sea sentada o de pie, indica seguridad y profesionalidad.
 - Distancia/proximidad: en una situación de comunicación se recomienda mantener la interacción a 120 cm o más para no invadir el espacio vital del interlocutor.

Recepción y atención de pacientes, familiares y población general:

La función de recibir a la población no siempre la desempeña un trabajador, esto queda en función de la urgencia, la hora y la demanda existente en un momento dado.

Parte de las cualidades deseables en el personal de Atención Ciudadana son:

- Dar la bienvenida de manera educada y cortés.
- Detectar las necesidades de la población para canalizarla al servicio que requiere.
- Estar siempre dispuesto y atento para atender y orientar a la población respecto al funcionamiento del hospital.
- Por muy ocupado que se esté, se debe escuchar con calma aquello que desea el interlocutor.
- Explicar al familiar que los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias reciben atención constante por parte del personal médico y paramédico, así como informarles que deben esperar, por lo menos, una hora en la Sala antes de recibir información y, sobre todo, evitar crear falsas expectativas.
- Explicar a la población general los lineamientos básicos para propiciar una estancia sin altercados con otros familiares y pacientes como, por ejemplo, no fumar dentro de las instalaciones, no entorpecer el tránsito en áreas comunes y dar preferencia de asiento a los pacientes.
- Después de evaluar los resultados de la atención, procurar terminar la intervención con una despedida gentil, después de verificar que se concluye, de forma pacífica y sin dudas, la información proporcionada.

Dado a que la asistencia de la población del hospital obedece a una necesidad que afecta directamente la salud del individuo, se requiere que el personal de Atención Ciudadana tenga en mente los siguientes puntos:

- No hay necesidad de forzar al familiar o al paciente de recibir información. Este proceso se dará en su oportunidad, cuando éste se encuentre dispuesto.
- Debe conocer perfectamente los servicios que brinda el hospital, o en su caso, saber dónde puede obtener mayor información.
- La percepción de la calidad del servicio varía de una persona a otra; sin embargo, en todos los casos, se debe brindar la mejor atención posible.

Prevención de accidentes

Infectocontagiosos

Es fundamental tener siempre en cuenta que los seres humanos somos seres bio-psico-sociales susceptibles a portar y transmitir enfermedades sin saberlo. Los pacientes acuden a los hospitales con enfermedades súbitas o de larga evolución gravada y ponen en peligro su vida. Por esta razón, el personal de Atención Ciudadana debe conocer las medidas mínimas para evitar el contagio durante la atención de informar.

Las enfermedades que se pueden contraer principalmente son las respiratorias como tos, gripa, tuberculosis, etcétera y aquellas que implican contacto con el enfermo y sus secreciones como hepatitis B.

Los consejos generales para evitar el contagio de enfermedades entre el personal y los pacientes, familiares y población general son:

- Privilegiar la comunicación a través del cristal del módulo de Atención Ciudadana.
- Evitar a toda costa tener alimentos y/o bebidas en el mostrador, inclusive si éstos se encuentran cerrados.
- Si es evidente que el interlocutor tose, estornuda o habla estando enfermo de las vías aéreas, se debe invitar amablemente al enfermo a usar cubrebocas o, en su defecto, a cubrirse mientras habla.
- Mantener pulcra y ordenada el área laboral.
- Si el personal de Atención Ciudadana se encuentra enfermo de las vías respiratorias, siempre deberá portar cubrebocas.
- Lavado de manos constante, sobre todo, antes de comer, tocarse los ojos y nariz, y después de ir al baño.

Todo el personal asignado a un hospital debe tener conocimiento que existen medidas de aislamiento implementadas por el responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Hospital y que las aplicará lo cuando considere pertinente. Siempre que encuentre la indicación de observar estas precauciones, deberá seguirlas estrictamente por el bien de su salud.

Comunicación

La comunicación permite el intercambio de información entre dos personas. Sin embargo, si no se verifica que el interlocutor reciba el mismo mensaje que se trata de transmitir, pueden surgir conflictos fácilmente prevenibles.

A continuación se mencionan sugerencias dirigidas para lograr una comunicación asertiva, respetuosa y tolerante:

- Siempre recordar que se está estableciendo comunicación con un ser humano, el cual ha sido afectado en su seguridad y puede encontrarse en un momento emocionalmente difícil.
- Tener siempre en mente:
 - a. ¿Quién dice qué?
 - b. ¿A quién?
 - c. ¿Con qué intención?
 - d. ¿Qué se está proyectando?
- Escuchar activamente poniendo interés y disposición sin interrumpir al otro cuando habla.
- Controlar las emociones y evitar dejarse influenciar por prejuicios.
- Ser empático y tratar de entender la posición del otro, sin afectar a los trabajadores o a la propia Institución.
- Analizar frecuentemente la actitud que con la se presenta ante los demás.

Es importante procurar que la atención a personas difíciles sea brindada por personal con mayor experiencia y buscar:

1. Adoptar una actitud evaluativa.
2. Aceptar los sentimientos que el interlocutor genera en nosotros para poder controlarlos si son adversos.
3. Analizar la situación para no perder la perspectiva real del problema.
4. Plantear acciones para lograr la resolución del conflicto como asentar por escrito la queja o sugerencia o la canalización a la autoridad competente.

Si el interlocutor se muestra violento, recuerde que debe cuidar en primera instancia su persona, procurando estar siempre acompañado o cerca de otros trabajadores del hospital. De ser necesario, solicite apoyo a los elementos de seguridad.

Referencias

Bibliográficas

- *Fundamentos de los Servicios en la Hospitalidad*. Editorial Limusa. México, 1992.
- Hirata, T. *Customer Satisfaction Planning*. CRC Press. USA, 2009.
- Hopson, B; Scally, M. *12 pasos para el éxito brindando servicio*. Ediciones Macchi. Argentina, 1993.
- *ISO 9000:2008. Calidad en los Servicios*. Elaborada por la Organización 176 (ISO/TC 176) y la Organización Internacional para la Normalización. 2008.
- Luna-Ballina, M. *Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). México, 2009.
- *Recomendaciones generales dirigidas a pacientes, para mejorar la relación con su médico, durante el proceso de consulta*. CONAMED. México, 2008.
- Senlle, A; Martínez, E; Martínez, N. *ISO 9000:2000 Calidad en los Servicios*. Editorial Gestión 2000. España, 2001.

Hemerográficas

- Ágreda, J; Yanguas, E. *El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo*. Anales Sis. San. Navarra. 2001; 24 (Supl. 2): 65-72.
- Altuzarra Toscano, M. *La Atención al Cliente*. Revista Digital "Investigación y Educación" N°20, Vol3-Sep 2005.
- Santillán, ML. "Hospital General Xoco, una larga y fructífera historia" en. *Familia Médica*. Año 1, num 1, agosto de 2010.

Normativas y legales

- *Ley General de Salud*. Últimas Reformas DOF 27-04-2010.
- *Manual de Procedimientos para la Recepción y Atención de Quejas y Sugerencias en las Unidades Hospitalarias de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de 2006*.
- *Manual de Organización del Módulo de Atención Ciudadana en las Unidades Hospitalarias, de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de 2008*.

Cibergráficas

<http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/hospitales/index.php#>

Anexos

Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes Diciembre, 2001.

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un Expediente Clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos.

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
2. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.
6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
8. Asociarse para promover sus intereses profesionales.
9. Salvaguardar su prestigio profesional.
10. Percibir remuneración por los servicios prestados.

Carta de los Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas.

1. Gozar de reconocimiento y prerrogativas iguales a otros profesionales del ámbito de la salud.
2. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
3. Recibir trato digno y respetuoso por parte de toda persona relacionada con su trabajo profesional.
4. A no garantizar resultado cierto en la atención brindada, salvo en los casos expresamente pactados.
5. Laborar en instalaciones apropiadas y seguras, así como disponer de los recursos que garanticen el desarrollo de su trabajo profesional.
6. Contar con acceso a la actualización profesional y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Participar en actividades de investigación y docencia.
8. Salvaguardar su prestigio profesional.
9. Asociarse para promover sus intereses profesionales.
10. Recibir en forma oportuna los honorarios, salarios y emolumentos que le correspondan por los servicios prestados.

**Carta de los Derechos Generales
de las Enfermeras y los Enfermeros.**

Mayo, 2005.

1. Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Diciembre, 1948.

1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
2. 2.1 Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2.2 Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.
3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.
4. Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.
5. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
6. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.
7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.
8. Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.
9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.
10. Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal

independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

11. 11.1 Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

11.2 Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

12. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

13. 13.1 Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.

13.2 Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

14. 14.1 En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

14.2 Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

15. 15.1 Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

15.2 A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

16. 16.1 Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

16.2 Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

16.3 La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

17. 17.1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

17.2 Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

18. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.
19. Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.
20. 20.1 Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

20.2 Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.
21. 21.1 Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

21.2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

21.3 La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.
22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.
23. 23.1 Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

23.2 Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

23.3 Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

23.4 Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

24. Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

25. 25.1 Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

25.2 La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

26. 26.1 Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

26.2 La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

26.3 Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

27. 27.1 Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

27.2 Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

28. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

29. 29.1 Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

29.2 En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las

limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

29.3 Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

30. Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.